

Справочник по трудоустройству

для
ИНДИВИДУАЛЬНЫХ
ПОСТАВЩИКОВ
УСЛУГ



«Мы должны сделать все,
что в наших силах. Это наш
священный человеческий долг».

– Альберт Эйнштейн

УПРАВЛЕНИЕ ПО ВОПРОСАМ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ И ИНВАЛИДАМ
Департамент социального обеспечения и здравоохранения штата Вашингтон

Содержание

ВВЕДЕНИЕ

Как пользоваться справочником по трудоустройству для индивидуальных поставщиков услуг в сфере обслуживания при Международном союзе здравоохранения 775 NW	1
---	---

ПОРЯДОК ПРИЕМА НА РАБОТУ

Проверка на судимость и снятие отпечатков пальцев при подписании контракта DSHS	2
	3-5

ТРЕБОВАНИЯ К ОБУЧЕНИЮ И АТТЕСТАЦИИ ПОМОЩНИКОВ ПО УХОДУ НА ДОМУ

Сроки организации подготовки персонала и аттестации	6
Аттестация помощников по уходу на дому (НСА)	6
Общая ориентация и Инструктаж по мерам безопасности	7
Требования по обучению (70 учебных часов)	7
ИСКЛЮЧЕНИЯ К ТРЕБОВАНИЯМ ПОДГОТОВКИ И АТТЕСТАЦИИ ПОМОЩНИКОВ ПО УХОДУ НА ДОМУ (НСА)	8
Если вы предоставляете услугу по уходу кому-либо из ваших родителей либо ребенку	8
Если вы предоставляете услугу по уходу только одному человеку 20 часов в месяц или менее	8
Что произойдет, если вы не пройдете обязательную подготовку и/ или аттестацию в установленные сроки?	9
Как восстановить свои права	9
Требования к предоставлению медицинского работника	10
Требования к программе переподготовки кадров	10
Список требований к долгосрочной программе подготовки специалиста по уходу	11-12
Контрольный список требований к обучению и аттестации помощников по уходу на дому для индивидуальных поставщиков услуг	13-14

ПОЛУЧЕНИЕ ОПЛАТЫ

Учет ежедневных рабочих часов и миль	15
Заполнение ведомости учета рабочего времени (DSHS 15-051x)	16
Образец ведомости учета рабочего времени	17
Форма компенсации расходов на проезд	18
Уведомление SSPS о социальных услугах (DSHS 14-259)	19
Образец уведомления SSPS о социальных услугах	20
Счет за услуги для платежной системы социального обслуживания	21
Заявка на отпуск/Получение оплачиваемых отпускных часов (РТО)	21
Образец счета за услуги SSPS (DSHS 08-141)	22
Инструкции к счету за услуги SSPS	23
Система Invoice Express	24
Как пользоваться системой Invoice Express	24
Образец счета за услуги SSPS по почте	24
Образец системы Invoice Express	25
Прямой депозит	26
Уведомление о переводе средств (DSHS 07-071)	26
Обращение за помощью	27
Распространенные проблемы с получением чека и их решения	27-28

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ТРУДОУСТРОЙСТВЕ

Удержание федерального подоходного налога	29
Справка о зарплате (форма W-2)	30
Налог в фонд социального обеспечения и Medicare	31
Получение документа, подтверждающего доход	31
Пособие по безработице	31
Варианты медицинского страхования	32
Страхование от несчастных случаев на работе	33
Отпуск/Получение оплачиваемых отпускных часов	33-34
Повышение зарплаты	34-35
Вычеты из вашего зарплатного чека	35
Если вы уйдете с работы	36
Рекомендации и подтверждение места работы	36

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Обязательное информирование о жестоком обращении	37
Номера телефонов Службы защиты совершеннолетних лиц (Adult Protective Services, APS)	37
Телефон Службы по рассмотрению жалоб (Complaint Resolution Unit)	37
Отдел по вопросам оказания помощи на дому	38
Заказ публикаций	Задняя сторона обложки
Полезные ресурсы в Интернете	Задняя сторона обложки
Ресурсы профсоюза SEIU 775 NW	Задняя сторона обложки



Справочный центр
для членов профсоюза
Понедельник - пятница
с 8.00 - до 18.00
1-866-371-3200

Введение

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ СПРАВОЧНИКОМ ПО ТРУДОУСТРОЙСТВУ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ

Приветствуем вас на новом рабочем месте! Теперь вы – индивидуальный поставщик услуг (ИП)! Ваша работа по уходу очень важна! Задания, которые вы будете выполнять для своего работодателя, способствуют его благополучию и помогают ему или ей продолжать жить как можно более самостоятельно.

Справочник по трудоустройству для индивидуальных поставщиков услуг обеспечит вас информацией, необходимой для поступления на работу в качестве специалиста по уходу. Данный Справочник содержит обновленную информацию об изменениях в требованиях к подготовке и аттестации индивидуальных поставщиков услуг (ИП).

Пожалуйста, внимательно прочтите весь Справочник. Если у вас возникают вопросы, используйте содержание для того, чтобы найти нужный вам раздел. Прежде чем звонить кому-либо с вопросом о нужной вам информации, просмотрите, пожалуйста данный *Справочник*.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПРОФСОЮЗ РАБОТНИКОВ СФЕРЫ УСЛУГ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 775nw

Интересы всех индивидуальных поставщиков услуг (ИП), оказывающих услуги длительного ухода (LTC), представляет Международный профсоюз работников сферы услуг в области здравоохранения (SEIU) 775NW. Это результат решения о создании профсоюза, принятого ИП большинством голосов в 2002 г.

Многие условия вашего трудоустройства предусмотрены коллективным договором (договор с профсоюзом). Более подробную информацию о ставках оплаты, о том, когда можно ожидать повышения зарплаты, а также о льготах предоставляемых работникам, можно найти в коллективном договоре. С договором можно ознакомиться в Интернете по адресу www.seiu775.org или заказать его экземпляр, позвонив в Справочный центр для членов профсоюза по бесплатному телефону **1-866-371-3200**.

По этому телефону можно также обращаться с вопросами о коллективном договоре, профсоюзе, членстве в профсоюзе, профсоюзных льготах и волонтерской работе.

Порядок приема на работу

В этой брошюре лицо, которому вы предоставляете услуги, именуется вашим работодателем. Являясь работодателем, данное лицо регулирует вашу рабочую деятельность и принимает решение об оплате ваших услуг. Он или она могут также принять решение о вашем увольнении.

Ваш работодатель является клиентом Департамента социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS). Департамент DSHS координирует услуги, которые вы предоставляете, и оплачивает их. В рамках характеристики взаимоотношений лиц, которым вы предоставляете услуги, и департамента DSHS в данной брошюре эти лица именуются клиентами DSHS.

Прежде чем департамент DSHS сможет оплатить ваши услуги от имени вашего работодателя, вы должны выполнить некоторые дополнительные требования и действия. Вы обязаны:

- Быть признаны годным к работе в качестве индивидуального поставщика услуг.
- Быть не моложе 18 лет.
- Предъявить действующее удостоверение личности с фотографией и карточку социального обеспечения (Social Security card) или разрешение на работу в США.
- Пройти проверку на судимость.
- Пройти проверку на судимость со снятием отпечатков пальцев.
- Подписать форму «Информация о подрядчике - индивидуальном поставщике услуг» («Individual Provider Contractor Intake Form»).
- Подписать договор с DSHS и согласиться на условия, указанные в этом договоре.

ПРОВЕРКА НА СУДИМОСТЬ И СНЯТИЕ ОТПЕЧАТКОВ ПАЛЬЦЕВ

Все работники, оказывающие услуги долговременного ухода, обязаны проходить проверку штата Вашингтон (Washington) на судимость со снятием отпечатков пальцев. Вас попросят заполнить форму «Разрешение на проверку биографических данных» для получения информации, необходимой для проверки этих данных, и дать разрешение DSHS на проведение такой проверки. *Если проверка биографических данных покажет, что у вас имеется судимость за определенные преступления, то согласно законодательству штата вы не можете быть приняты на работу по договору и получать оплату из бюджета штата или федерального бюджета*

- судимость за преступления особых категорий
- обвинение в преступлениях особых категорий
- неадекватные действия, совершенные в отношении Службы защиты совершеннолетних лиц (Adult Protective Services), Службы защиты детей (Child Protective Services) либо Департамента здравоохранения (Department of Health).

Кроме того, вас попросят заполнить форму «Визит для снятия отпечатков пальцев» (Fingerprint Appointment) и запланировать встречу для снятия отпечатков пальцев с целью проверки криминального прошлого. В форме «Визит для снятия отпечатков пальцев» (Fingerprint Appointment) представлена необходимая информация о том, как запланировать данное мероприятие. Если вы успешно прошли все предварительные проверки, вы можете быть допущены к работе на период до 120 дней, пока вы находитесь в процессе ожидания результатов проверки ваших отпечатков пальцев.

Если у вас заключен контракт с HCS/AAA, то на протяжении периода вашей работы проверки на судимость будут проводиться, по меньшей мере, раз в два года. Если у вас заключен контракт с Управлением по делам с лиц с ограниченными физическими возможностями (Developmental Disabilities Administration — DDA), то на протяжении периода вашей работы проверки на судимость будут проводиться, по меньшей мере, раз в два года.

Лицо, которому вы предоставляете услуги личного ухода, является вашим работодателем.



ПОДПИСАНИЕ ДОГОВОРА С ДЕПАРТАМЕНТОМ DSHS

Вас попросят прочитать и подписать *Договор DSHS о предоставлении услуг индивидуальным поставщиком (DSHS Client Service Contract Individual Provider Services)*. Внимательно ознакомьтесь с договором. В договоре с департаментом DSHS указано, какие услуги вы готовы оказывать, принимая от департамента DSHS плату за предоставление услуг клиенту DSHS.

Вас попросят заполнить и подписать два оригинальных экземпляра *Договора DSHS о предоставлении услуг в качестве индивидуального поставщика*. Оба экземпляра договора с департаментом DSHS должны также быть подписаны представителем департамента DSHS. Один экземпляр будет возвращен вам для вашего архива.

Вы должны подписать договор с департаментом DSHS прежде, чем вы сможете получать оплату. Датой вступления договора в силу является самая ранняя дата, за которую вы можете получить оплату, независимо от того, когда вы начали работать. Ваш договор недействителен, пока его не подпишете вы и представитель DSHS.

Причины, по которым вам может быть отказано в заключении договора с DSHS

Хотя вас нанимает и руководит вами ваш новый работодатель, согласно законодательным и нормативным актам, при определенных обстоятельствах социальный работник или сотрудник, ведущий дело вашего работодателя, может отказать вам в заключении договора с DSHS. Без заключения договора с департаментом DSHS вы не сможете получать от департамента DSHS плату за услуги, предоставляемые вашему работодателю.

Ниже приведены примеры обстоятельств, в связи с которыми социальный работник или сотрудник, ведущий дело вашего работодателя, **может** отказать вам в заключении договора с DSHS.

- У вас есть другая работа или личные обязательства, не позволяющие или препятствующие вам оказывать услуги, предусмотренные Планом ухода (Care Plan).
- Вы живете настолько далеко от своего работодателя, что предоставлять услуги, указанные в Плане ухода, будет практически невозможно.
- По мнению медицинских работников, обслуживающих вашего работодателя, и других знающих людей, вы не в состоянии обеспечить надлежащий уход.
- Имеются данные о том, что вы злоупотребляете алкоголем или наркотиками.
- По имеющимся сведениям, вы виновны в бытовом насилии, преступном поведении либо распоряжением суда вам был запрещен контакт с кем-либо.
- Государственной проверкой криминального прошлого либо проверкой штата Вашингтон были выявлены выдвинутые вам обвинения и судимость за уголовное (-ые) преступление (-ия).
- Ваш работодатель ни в коем случае не хочет, чтобы какие-либо его потребности, связанные с личным уходом, оставались неудовлетворенными.
- Клиент департамента DSHS не взял вас на работу.

План ухода (Care Plan) – это письменный план, где описаны все обязанности работников по уходу для оказания помощи своему работодателю.

Причины, по которым вам будет отказано в приеме на работу

Ниже приведены примеры обстоятельств, в связи с которыми социальный работник или сотрудник, ведущий дело вашего работодателя, **обязан** отказать вам в заключении договора с DSHS.

- Против вас были выдвинуты подтвержденные обвинения в жестоком или пренебрежительном отношении, оставлении без ухода или эксплуатации ребенка или уязвимого взрослого, и ваше имя внесено в список лиц, виновных в жестоком обращении (abuse registry).
- Ваши действия в отношении Департамента здравоохранения сочтены неадекватными.
- Вам было отказано в выдаче лицензии, сертификата или в заключении договора с DSHS о предоставлении услуг по уходу за детьми или взрослыми с ограниченной дееспособностью, действие таких лицензий, сертификатов или договоров было приостановлено, они были отозваны или расторгнуты по причине несоблюдения федеральных норм или норм штата.
- Вам были выдвинуты обвинения или вы были осуждены за преступление (-ия), не позволяющие получить работу в качестве индивидуального поставщика услуг.
- Вы являетесь супругой (супругом) своего работодателя (за исключением случаев, когда ему/ей предоставляется «Помощь по дому» (Chore services)) и не планируете предоставлять услуги по уходу какому-либо еще клиенту департамента DSHS.
- По результатам проверки вашего послужного списка, квалификации и степени профессиональной пригодности установлено, что вы не соответствуете требованиям к работе по договору и получению оплаты в качестве индивидуального поставщика услуг.
- Согласно результатам изучения соответствующих федеральных баз данных вы лишены права на получение выплат по программам Medicare, Medicaid и/или по разделу XIX (Title XIX).

Причины, по которым вам может быть отказано в оплате

Когда вы начнете работать, то, по определенным причинам, вам может быть отказано в оплате за предоставляемые вами услуги. В некоторых случаях, могут быть также предприняты меры для расторжения вашего договора с департаментом DSHS. Причины, по которым вам может быть отказано в оплате:

- Выявлено, что имеет место какая-либо из причин, указанных на странице 3 под заголовком «Причины, по которым вам обязательно будет отказано в заключении договора с DSHS».
- Если вы не закончите курс обязательного обучения и/или не выполните требований к аттестации помощников по уходу на дому в отведенные для этого сроки (см. стр. 6-12)



В целях соблюдения законодательства штата и федерального законодательства, ведомства штата работают по правилам, именуемым также Административным кодексом штата Вашингтон (Washington Administrative Code (WAC)).

С кодексом WAC можно ознакомиться следующим образом:

- Зайти на веб-сайт DSHS по адресу <http://www.apps.leg.wa.gov/wac>
- Зайти в местную общественную библиотеку и обратитесь за помощью к ее сотрудникам.
- Попросить экземпляр у социального работника или сотрудника, ведущего дело вашего работодателя.

Более подробную информацию о ИП, договорах с департаментом DSHS и о том, в каких случаях может быть отказано в оплате, можно найти в Административном кодексе штата Вашингтон (Washington Administrative Code (WAC)), разделы с 388-71-0500 по 1006.

Причины, по которым расторгается договор с департаментом DSHS

Определенные условия или ситуации могут привести к расторжению вашего договора с департаментом DSHS. Ниже следуют примеры обстоятельств, при которых социальный работник или сотрудник, ведущий дело вашего работодателя, предпримет меры для расторжения вашего договора с департаментом DSHS.

- Выявлено, что имеет место какая-либо из причин, указанных выше под заголовком «Причины, по которым вам обязательно будет отказано в заключении договора с DSHS».
- Ваш сертификат помощника по уходу на дому аннулирован
- Вы не можете или не хотите предоставлять надлежащие услуги по уходу и/или подвергаете риску здоровье, безопасность или благополучие своего работодателя.
- Имеются данные о том, что вы виновны в бытовом насилии, жестоком обращении, пренебрежительном отношении, оставлении без присмотра или эксплуатации несовершеннолетнего или взрослого с ограниченной дееспособностью.
- Вы употребляете алкоголь или наркотики/запрещенные препараты, либо находитесь под воздействием алкоголя или наркотиков/запрещенных препаратов в рабочее время.
- Ваше поведение по отношению к работодателю или окружающим его лицам подвергает его риску.
- Медицинский работник, обслуживающий вашего работодателя, сообщает, что отсутствие надлежащего ухода с вашей стороны негативно сказывается на здоровье вашего работодателя.
- Вы не предоставляете какие-либо обязательные услуги, указанные в Плане ухода вашего работодателя.
- От вашего работодателя или его представителя получена жалоба о том, что вы не обеспечиваете своему работодателю надлежащего ухода.
- Вы не реагируете надлежащим образом на возникновение чрезвычайных ситуаций.
- По результатам ежемесячной проверки установлено, что ваше имя фигурирует в одной из федеральных баз данных.
- Вам не удалось пройти необходимую подготовку и аттестацию в установленные сроки.

Если вам отказано в получении оплаты либо ваш контракт расторгнут, вы имеете право обжаловать данное решение, обратившись в Отдел административных слушаний.

Письменный запрос о проведении административного слушания следует направить по почте в Отдел административных слушаний (Office of administrative hearings).

ТРЕБОВАНИЯ К ОБУЧЕНИЮ И АТТЕСТАЦИИ ПОМОЩНИКОВ ПО УХОДУ НА ДОМУ (НСА)

Данный раздел поможет вам разобраться с тем, что представляют собой требования к вашей подготовке и аттестации. «Инструктаж к подготовке к аттестации помощников на дому для индивидуальных поставщиков услуг» *поможет вам сориентироваться в ваших действиях и сроках* см. стр. 12-13.

Согласно требованиям законодательства, работники, оказывающие услуги долговременного ухода, должны пройти пятичасовой курс общего инструктажа и инструктажа по мерам безопасности прежде, чем приступить к выполнению своих обязанностей. Кроме того, большинство работников, оказывающих услуги долговременного ухода, должны пройти семидесятичасовой курс базовой подготовки в течении 120 дней после приема на работу. Изучите таблицу на стр. 10-11, чтобы определить должны ли вы пройти 70-часовой курс подготовки.

Все индивидуальные поставщики услуг (ИП) обязаны пройти обязательный курс подготовки в рамках «Партнерской программы профобучения» (Training Partnership). Вы обязаны обратиться в Справочный центр для членов профсоюза для регистрации в целях прохождения необходимого обучения. Вы можете связаться со Справочным центром для членов профсоюза (Member Resource Center) по тел. 1-866-371-3200

Аттестация помощников по уходу на дому (НСА)

Многие работники, оказывающие услуги долговременного ухода, обязаны стать сертифицированными специалистами по уходу на дому (НСА). Все, кому необходим сертификат помощника по уходу на дому, должны подать заявки на его получение в Департамент здравоохранения (Department of Health, DOH) в течении 14 дней после приема на работу. Изучите детали требований, применительно к вашей ситуации, представленные в таблице «Требования к подготовке работников для долговременного ухода» на стр. 10

Для получения сертификата помощника по уходу на дому (Home Care Aide, НСА) необходимо выполнить определенные действия в установленные сроки. Чтобы вам легче было разобраться с дальнейшими действиями и сроками, изучите *Список требований для специалистов по уходу на дому для индивидуальных поставщиков услуг* на стр. 11-12.

Если вы были приняты на работу с целью долговременного оказания услуг по уходу на дому 7 января 2012 г. или после этой даты: вы должны пройти обязательный 75-часовой курс подготовки в течении 120 дней после даты приема на работу и получить ваш сертификат специалиста по уходу на дому в Департаменте здравоохранения в течении 200 дней после даты поступления на работу.

Если ваши знания английского языка ограничены (а именно, ваши навыки чтения, говорения и письма ограничены), вы можете претендовать на временный сертификат НСА, выдаваемый Департаментом здравоохранения. Временный сертификат дает вам право на дополнительные 60 дней (всего 260 дней), в течении которых вы можете получить ваш полноценный сертификат. Чтобы иметь право продолжать работу, вы должны стать полноценным обладателем сертификата НСА до истечения срока временного сертификата НСА.

Для получения временного сертификата НСА вы должны поставить отметку в заявлении к DOH, уточняющую, что вы *«подаете заявку на получение временного сертификата, предоставляемого специалистам по уходу на дому, ограниченным в своих навыках чтения, говорения и письма на английском языке».*

На вас возложена ответственность за выполнение действий, необходимых для получения аттестации НСА.

Общая ориентация и Инструктаж по мерам безопасности

Прежде, чем приступить к исполнению своих обязанностей, вам необходимо пройти курс *Общей ориентации и инструктажа по мерам безопасности*. Вы получите от департамента DSHS диск DVD по *Общей ориентации и Инструктажу по мерам безопасности* при заключении договора о предоставлении услуг по уходу. По окончании просмотра этих DVD:

- Дождитесь получения «Уведомления о социальных услугах» (Social Service Notice) (см. стр. 17).
- Позвоните по тел. 1-866-483-1397 и подтвердите, что просмотрели эти DVD. Для этого звонка вам потребуется номер подтверждения и последние 4 цифры вашего номера социального обеспечения. Вы можете получить свой номер подтверждения:
- Войдя в систему с веб-сайта www.myseiubenefits.org. Номер подтверждения будет под вашим именем.
- Направив электронное сообщение по адресу studentsupport@myseiubenefits.org с запросом о своем номере подтверждения.
- Позвонив в Справочный центр для членов профсоюза (Member Resource Center) по тел. 1-800-371-3200.

Требования к прохождению 70-часового курса подготовки

Помимо 5 часов курса *Общая ориентация и инструктаж по безопасности*, многие из работников, предоставляющих долговременные услуги по уходу, должны пройти 70-часовой курс базовой подготовки (всего 75 часов обучения) в течении 120 дней после приема на работу. Вы пройдете данный курс в рамках проекта NW Training Partnership.

Вы должны зарегистрироваться на курс в течении 14 дней после приема на работу.

Для регистрации в вашем регионе зайдите на веб-сайт «Партнерской программы профобучения» (Training Partnership) www.myseiubenefits.org или позвоните в Справочный центр для членов профсоюза по телефону 1-866-371-3200.

- ✓ Вы должны подать заявку в департамент здравоохранения для получения вашего сертификата HCA в течении 14 дней после поступления на работу. Не включайте оплату в ваше заявление; проект «Партнерская программа профобучения» оплатит заявочную пошлину непосредственно Департаменту здравоохранения (Department of Health).
- ✓ Вам следует незамедлительно подать заявку на сдачу экзамена для получения аттестации HCA через компанию Prometric. Сделайте это, как только даты ваших подготовительных занятий будут включены в расписание. Не включайте оплату в ваше заявление; проект «Партнерская программа профобучения» оплатит заявочную пошлину непосредственно компании Prometric.
- ✓ Пройдя 5-часовой курс *Общей ориентации и инструктажа по мерам безопасности*, а также 70-часовой курс базовой подготовки, вы выполните все необходимые требования (всего 75 часов) для получения сертификата HCA и сможете сдать экзамен компании Prometric.

Для дополнительной информации об аттестации для помощников по уходу на дому (HCA):

- Позвоните в Справочный центр для членов профсоюза (Member Resource Center) по тел: 1-866-371-3200
- Изучите информацию, приведенную на стр. 12-13 «Инструктажа к подготовке к аттестации помощников на дому»

Для дополнительной информации о получении сертификата (HCA), посетите веб-сайт DOH:

- www.doh.wa.gov/LicensesPermitsandCertificates/ProfessionsNewReneworUpdate/HomeCareAide.aspx

Для дополнительной информации об аттестации с целью получения сертификата HCA и о процессе аттестации посетите веб-сайт компании Prometric:

- www.prometric.com/WADOH/



Чтобы записаться на курсы по подготовке в рамках проекта SEIU Healthcare NW «Партнерская программа профобучения» – позвоните Справочный центр для членов профсоюза:
1-866-371-3200,
либо войдите в систему с веб-сайта:
www.myseiubenefits.org

Освобождение от 70-часового курса подготовки и аттестации НСА

Если вы входите в число лиц, являющихся исключением, вы не должны посещать 70-часовой курс подготовки или становится сертифицированным помощником по уходу на дому. Вы можете войти в число исключений, если вы:

- Являетесь зарегистрированной медсестрой (RN), лицензированной медицинской сестрой (LPN), медицинским лаборантом или сертифицированным ассистентом медицинской сестры (CNA), с наличием официальных дипломов от Департамента здравоохранения (Department Of Health).
- Имеете специальное образование и положительные рекомендации от Руководителя организации общественного инструктажа (OSPI).
- Работали между 01.01.2011 г. и 06.01.2012 г. в штате Вашингтон (Washington) в сфере услуг длительного ухода и своевременно прошли все подготовительные курсы. Примеры работы в сфере услуг длительного ухода включают в себя обеспечение оплаты, предоставления услуг личного ухода для пожилых людей или людей с ограниченными физическими возможностями в государственном лицензированном Пансионате со стационарным уходом (пансионат закрытого типа), Семейном доме для совершеннолетних (Adult Family Home), Агентстве по предоставлению услуг ухода на дому (Home Care Agency) либо в качестве индивидуального поставщика услуг для клиентов DSHS.



Если вы обеспечиваете уход только кому-либо из ваших родителей или ребенку

Лица, обеспечивающие длительный уход кому-либо из родителей или ребенку (и больше никому), имеют другие требования к подготовке. Если вы обеспечиваете уход только вашему родителю или ребенку, вы не должны проходить 70-часовой курс базовой подготовки. Просмотрите таблицу на страницах 10-11 с целью ознакомления с основными требованиями, применительно к непосредственно вашей ситуации.

Если вашим клиентом является не ваш родитель или ребенок, требования к вашей подготовке изменятся. Если вы нуждаетесь в помощи в определении требований к вашей подготовке в настоящий момент, позвоните в Справочный центр для членов профсоюза (Member Resource Center) по тел. 1-866-371-3200

Если вы обеспечиваете уход одному лицу 20 часов или менее в месяц

Если вы обеспечиваете уход одному лицу 20 часов или менее в месяц, вы считаетесь Поставщиком услуг с ограниченным режимом работы (Limited Service Provider). Поставщики услуг с ограниченным режимом работы имеют различные требования к подготовке и не проходят 70-часовой курс подготовки. Если вы возьмете еще одного клиента или увеличите количество рабочих часов, требования к вашей подготовке изменятся.

Изучите таблицу на стр. 10-11, чтобы увидеть требования к подготовке для Поставщиков услуг с ограниченным режимом работы.

Что произойдет, если вы не пройдете курс обязательной подготовки и/ или не получите сертификат в установленные сроки?

Если вы не пройдете курс обязательной подготовки и/или не получите сертификат НСА в указанные сроки, предоставление вам выплат (за услуги ИП) будет прекращено. Сроки, установленные для выполнения этих требований, продлеваться не будут.

Вы получите оплату за все пройденные вами учебные часы до момента прекращения выплат.

Чтобы снова получать оплату за работу в качестве ИП, вам придется самостоятельно оплатить и пройти необходимые курсы обучения и получить аттестацию НСА, если это требуется.

Как возобновить получение оплаты за работу

Если вы не закончили курс обучения и/или не прошли аттестацию в требуемые сроки, вам потребуется завершить курс обучения по месту жительства, при содействии инструктора, и осуществить оплату самостоятельно. Программа SEIU Healthcare NW «Партнерская программа профобучения» более не предоставляет обязательного обучения в случаях, когда оплата услуг была прекращена. DSHS не может выступать посредником между вами и профсоюзом SEIU Healthcare NW «Партнерская программа профобучения», если вы не прошли обучения в установленные сроки.

Чтобы найти список инструкторов по месту жительства, посетите веб-сайт департамента DSHS Управления по вопросам пожилых людей и предоставления услуг долговременного ухода: www.altsa.dshs.wa.gov/professional/training/ и щелкните «Найти класс» (Find a Class).

Если вы не прошли аттестацию НСА в установленные сроки, вы обязаны принять меры для получения сертификата НСА, требуемого Департаментом здравоохранения и компанией Prometric.

После завершения необходимого обучения и или получения сертификата НСА:

- ✓ Свяжитесь с менеджером, ведущим дел вашего работодателя и попросите о возобновлении оплаты своих услуг в качестве индивидуального поставщика услуг (ИП). Менеджеру, ведущему дело вашего работодателя, потребуются копии свидетельств о прохождении вами соответствующих курсов обучения вне программы «Партнерская программа профобучения» и документов о получении сертификата.
- ✓ Позвоните также в Справочный центр для членов профсоюза по тел. 1-866-371-3200, и сообщите о том, что вы снова получили право исполнять свои обязанности в качестве индивидуального поставщика услуг (ИП).

Требования к ИП при выполнении обязанностей медицинского работника

Если вам будут переданы какие-либо медсестринские функции в рамках порученных вам обязанностей, вы должны будете выполнить следующие дополнительные требования по обучению.

Вы должны иметь один из следующих сертификатов:

- Помощник медсестры - дипломированный (NAR)
- Помощник медсестры - сертифицированный (NAC)
- Сертифицированный помощник по уходу на дому (HCA).

А ТАКЖЕ

Вы должны пройти следующий курс обучения:

- Если вы — дипломированный помощник медсестры (NAR):
Базовый вводный курс обучения и курс «Медсестринские функции для помощников медсестры».
- Если вы — сертифицированный помощник медсестры (NAC):
«Медсестринские функции для помощников медсестры».
- Если вы — сертифицированный специалист по уходу на дому (HCA):
«Медсестринские функции для помощников медсестры».

Функции по введению инъекций инсулина должны быть переданы помощникам медсестер. Перед выполнением этой функции, по закону, помощник медсестры обязан пройти курс «Медсестринские функции для помощников медсестры: уход за больными диабетом» по окончании основного курса «Медсестринские функции для помощников медсестры». Эти курсы могут пройти и другие ИП, однако они не могут выполнять функции медсестры без получения квалификации NAC или NAR, либо сертификата HCA.



На вас возложена ответственность за выполнение действий, необходимых для получения аттестации HCA.

Требования к программе переподготовки кадров

Большинство работников, оказывающих услуги по уходу на долговременной основе, должны проходить 12-часовой курс переподготовки кадров (CE) каждый год накануне своего дня рождения. Изучите таблицу «Требования к обучению работников, обеспечивающих услуги по уходу на долговременной основе» на стр. 10, с целью уточнения деталей, касающихся требований, применительно к вашей ситуации.

Как найти программы переподготовки кадров

- Посетите веб-сайт программы «Партнерская программа профобучения» по адресу <http://www.myseiubenefits.org/>.
- Позвоните в Справочный центр для членов профсоюза (Member Resource Center) по тел.: 1-866-371-3200
- Для дополнительной информации по подготовке работников на длительный период посетите веб-сайт департамента DSHS, Управления по вопросам пожилых людей и предоставления услуг длительного ухода: <https://fortress.wa.gov/dshs/adsaapps/Professional/training/training.aspx>

Требования в рамках подготовки специалистов по долгосрочному уходу

Long Term Care Worker Training Requirements

КАТЕГОРИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО СПЕЦИАЛИСТА	ОСНОВНАЯ ПОДГОТОВКА ВВОДНАЯ ЧАСТЬ		БЕЗОПАСНОСТЬ				ХАРАКТЕРИСТИКА УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Я (НСА)	НАЧАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПЕРЕПОДГОТОВК А (ПП)	ТЕКУЩАЯ ПЕРЕПОДГОТОВК А (ПП)
	Вводная часть 2 Часа	Тренинг по безопаснос ти 3 Часа	Ускоренный базовый тренинг, 30 часов	Базовый тренинг 70 часов	Класс обслуживающи х родителей, 7 часов (только DDA)	Требуется лицензия Управления здравоохранения (НСА)?			
Стандартный индивидуальный поставщик: Принят после 6 января 2012 года без лицензии.	Пройти до начала предоставления услуги	Пройти до начала предоставления услуги	Не требуется	Пройти в течение 120 дней с начала предоставления услуг	Не требуется	Да, в течение 200 дней со дня приема	До даты рождения в течение одного года с даты выдачи первой вашей лицензии Управления здравоохранения (НСА)	До даты рождения каждый год	
Стандартный индивидуальный поставщик услуг: Принят после 6 января 2012 года с лицензией Управления здравоохранения (НСА).	Не требуется	Не требуется	Не требуется	Не требуется	Не требуется	Да, обеспечьте действующий статус лицензирования	До даты рождения после первой даты продления действия вашей лицензии Управления здравоохранения (НСА)	До даты рождения каждый год	
Индивидуальный поставщик услуг с исключительным статусом: В период с 1 января 2011 г по 6 января 2012 г работав(а) по оказанию долгосрочных услуг по уходу и проходил(а) обучение, удовлетворяющее базовым требованиям, в это время. Примеры долгосрочных услуг по уходу: платные услуги по персональному уходу за пожилыми людьми или лицами с инвалидностью в лицензированном штатом учреждении с проживанием и уходом (Assisted Living Facility) (приnote), пансионате семейного проживания (Adult Family Home), агентстве по уходу на дому (Home Care Agency) или в качестве индивидуального поставщика услуг клиентам Департамента DSHS.	Не требуется	Не требуется	Не требуется	Не требуется	Не требуется	Нет	До даты рождения, если вы работаете или возвращаетесь к работе.	До даты рождения каждый год Если вы вернулись к работе после 6 января 2012 года, вам необходимо ежегодно проходить курсы переподготовки, даже если вы не работаете.	
Индивидуальный поставщик услуг с исключительным статусом: С дипломом зарегистрированной медсестры, практикующей зарегистрированной медсестры, лицензированной практикующей медсестры или медицинского лаборанта.	Не требуется	Не требуется	Не требуется	Не требуется	Не требуется	Нет, если диплом зарегистрированной медсестры (RN) или лицензированной практикующей медсестры (LPN) действителен	Обеспечьте действующий статус диплома зареестрированной медсестры (RN) или лицензированной практикующей медсестры (LPN)	Обеспечьте действующий статус диплома зареестрированной медсестры (RN) или лицензированной практикующей медсестры (LPN)	
Индивидуальный поставщик услуг с исключительным статусом: С действующим дипломом помощника медсестры	Не требуется	Не требуется	Не требуется	Не требуется	Не требуется	Нет, если диплом помощника медсестры (CNA) действителен	До даты рождения в течение первого года работы	До даты рождения каждый год	
Индивидуальный поставщик услуг с исключительным статусом: Со специальной отметкой о прохождении обучения Бюро старшего инспектора по вопросам общественного образования (Office of Superintendent of Public	Не требуется	Не требуется	Не требуется	Не требуется	Не требуется	специальной отметкой о прохождении обучения действительна.	До даты рождения в течение первого года работы	До даты рождения каждый год	

Требования к работникам, оказывающим услуги по уходу длительный период времени

Требования в рамках подготовки специалистов по долгосрочному уходу

Long Term Care Worker Training Requirements

КАТЕГОРИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО СПЕЦИАЛИСТА	ВВОДНАЯ ЧАСТЬ И		БЕЗОПАСНОСТЬ			УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИЛИ (НСА)		НАЧАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПЕРЕПОДГОТОВ КА (ПП)		ТЕКУЩАЯ ПЕРЕПОДГОТОВ КА (ПП)	
	Вводная часть 2 часов	Тренинг по безопасности и 3 часов	Ускоренный базовый тренинг, 30 часов	Базовый тренинг 70 часов	Класс обслуживания их родителей, 7 часов (только DDA)	Требуется лицензия Управления здравоохранения (НСА)?	Нет	Да	Нет	Да	
* Обслуживающий родитель: Индивидуальный уход за биологическим, приемным или усыновленным ребенком	Пройти до начала предоставления услуг	Пройти до начала предоставления услуг	Пройти в течение 120 дней с начала оказания услуг	Не требуется	Не требуется	Нет	Нет	Не требуется, за исключением случаев, когда вы получаете лицензию Управления здравоохранения (НСА) по собственному желанию	Нет	Не требуется, за исключением случаев, когда вы получаете лицензию Управления здравоохранения (НСА) по собственному желанию	
* Родитель, обслуживающий лично с порками развития: Индивидуальный уход за биологическим, приемным или усыновленным ребенком с порками развития	Пройти до начала предоставления услуг	Пройти до начала предоставления услуг	Не требуется	Не требуется	Пройти в течение 120 дней с начала оказания услуг	Нет	Нет	Не требуется, за исключением случаев, когда вы получаете лицензию Управления здравоохранения (НСА) по собственному желанию	Нет	Не требуется, за исключением случаев, когда вы получаете лицензию Управления здравоохранения (НСА) по собственному желанию	
* Поставщик услуг с ограничением: Обеспечивает уход за одним лицом в объеме 20 (или менее) часов в месяц	Пройти до начала предоставления услуг	Пройти до начала предоставления услуг	Пройти в течение 120 дней с начала оказания услуг	Не требуется	Не требуется	Нет	Нет	После 1 января 2014 года: до следующей даты рождения	Да	После 1 января 2014 года: До даты рождения календарного года после прохождения ускоренного базового тренинга	
* Индивидуальный поставщик услуг по уходу - совершеннолетний ребенок: Совершеннолетний ребенок, ухаживающий за биологическим, приемным или усыновленным родителем	Пройти до начала предоставления услуг	Пройти до начала предоставления услуг	Пройти в течение 120 дней с начала оказания услуг	Не требуется	Не требуется	Нет	Нет	До даты рождения в следующем календарном году после прохождения ускоренного базового тренинга	Да	До даты рождения календарного года	

* Изменение типа или количества клиентов, получающих обслуживание по уходу, а также увеличение количества рабочих часов может стать причиной пересмотра вашей категории индивидуального поставщика услуг. В этой связи предоставляемые к вам требования к обучению и лицензированию могут измениться. По всем вопросам в отношении вашей категории индивидуального поставщика услуг и требований к обучению обращайтесь в Ресурсный центр для специалистов (Members Resources Center) по телефону: 1-866-371-3200

Памятка о сертификации помощника по уходу на дому для индивидуальных поставщиков услуг

Требования по закону:

Вы обязаны пройти **75-часовой** курс обучения (включая 5 часов ориентации и занятий по мерам безопасности) в течение **120** дней с даты вашего приема на работу (открыты услуги по авторизации) и получить сертификат помощника по уходу на дому в течение **200** дней с даты приема на работу. Если вы не выполните эти требования в указанные сроки, вы не сможете продолжать получать оплату. Для соблюдения этих сроков следуйте РЕКОМЕНДОВАННОМУ графику и этой памятке.

В ходе найма на работу в качестве помощника по уходу на дому (Home Care Aide, HCA)



По завершении каждого шага ставьте галочки в соответствующих квадратах

- Пройдите проверку личных данных (ФИО и дата рождения) на момент подписания контракта.
- По результатам этой проверки вам будет присвоен начальный учетный номер (OCA №), который вам необходим для подачи заявления в Отдел здравоохранения. Сохраните эту форму и напишите его здесь. _____
- Договоритесь о дате и времени для сдачи отпечатков пальцев. Напишите время приема здесь _____
- Перед началом предоставления услуг по уходу:** Просмотрите 5-часовой DVD *Orientation & Safety Training* («Ориентация и меры безопасности») и подтвердите просмотр, позвонив в автоматическую систему по тел. 1-866-483-1397. Имейте при себе 4 последних цифры своего номера социального обеспечения и код подтверждения из программы Training Partnership. Вы получите приветственное письмо от SEIU Healthcare NW Training Partnership, внимательно прочитайте инструкции, содержащиеся в нем.



Шаг 1. Подайте заявку в Отдел здравоохранения (Department of Health, DOH) Заявление на сертификацию

- Сделайте это в течение 14 дней с даты приема на работу:** Подайте заявку на сертификацию HCA в DOH. Заполните и подайте в DOH [Заявку на сертификацию](#). № OCA должен быть указан на бланке DOH. Вы получите приветственное письмо от NW Training Partnership, внимательно прочитайте инструкции, содержащиеся в нем. **Не нужно ничего оплачивать.**
 - ⇒ Вам будет присвоен 10-значный № DOH для целей сертификации (начинается с «HM»). Он потребуется вам при подаче заявки в Prometric. Вы можете найти свой учетный номер DOH для целей сертификации на веб-сайте DOH; нажмите по ссылке "[Provider Credential Search](#)" («Поиск учетных данных поставщика услуг»). _____
- Если у вас ограниченные знания английского языка (это означает, что ваши возможности читать, писать или говорить по-английски ограничены), то вы можете пользоваться правом на предварительную сертификацию с использованием дополнительных 60 дней. Вы должны указать это в первоначальной Заявке на сертификацию, поданной в DOH.



Шаг 2. Зарегистрируетесь для прохождения обучения по программе SEIU Healthcare NW Training Partnership

- Сделайте это в течение 14 дней с даты приема на работу:** Зарегистрируйтесь для прохождения основного 70-часового курса обучения на веб-сайте программы NW Training Partnership (www.myseiubenefits.org) или позвоните в Справочный центр для членов профсоюза по тел. 1-866-371-3200.
- Рекомендуем вам завершить курс обучения в течение 60 дней с даты приема на работу:** Завершите свой курс обучения как можно скорее с тем, чтобы пройти его в районе своего проживания и в сроки, необходимые для сдачи экзамена и получения сертификата
- По завершении 75-часового курса обучения копия вашего «Сертификата об окончании курса обучения в Training Partnership» с веб-сайта программы Training Partnership будет автоматически отправлена в DOH со стороны Training Partnership.



Шаг 3. Подайте заявку для сдачи экзамена в качестве кандидата программы Prometric

- Как только назначены сроки обучения:** Подайте заявку в Prometric на сдачу письменного экзамена и экзамена на проверку навыков для HCA. Заполните и подайте [Заявку на сдачу экзамена для HCA штата Вашингтон](#). Следуйте инструкциям, приведенным в Приветственном письме, адрес и инструкции вы найдете на его обратной стороне. **Не отправляйте деньги.**
 - ⇒ В качестве номера ID кандидата укажите в этой форме присвоенный вам в Шаге 1 10-значный номер DOH, требуемый в этом бланке.
 - ⇒ Экзамен на проверку навыков HCA можно сдать на 13 языках, включая английский. Письменный экзамен можно сдать **устно на английском или любом из этих языков**. Инструкции и список языков см. на оборотной стороне брошюры.



Шаг 4. Пройдите курс обучения и сдайте экзамен, затем DOH выдаст Вам сертификат помощника по уходу на дому

- Для сдачи письменного и устного экзамена Prometric вы должны пройти 75-часовой курс обучения. По завершении обучения сдайте экзамен в назначенную дату и время. Напишите здесь дату экзамена. _____
- Если вы пропустили время сдачи экзамена, указанное выше; переназначьте его незамедлительно. *Если вы потерпели на экзамене неудачу, незамедлительно подайте заявку в Prometric для повторной сдачи экзамена. У вас есть две попытки сдать раздел экзамена, который вы не смогли сдать с первого раза. За каждую пересдачу необходимо вносить отдельную плату.*
- Если DOH выдал вам сертификат, ваш статус на веб-сайте DOH будет обозначен как «Активный». Адрес веб-сайта приведен на задней обложке этой брошюры.

Russian На задней обложке брошюры приведены адреса веб-сайтов, почтовые адреса, контактная информация и полезные советы →

Предельный срок для завершения тестирования и получения сертификата в качестве HCA составляет 200 дней с момента заключения договора о найме. Дата начала предоставления услуг будет указана на уведомлении об утверждении вас для обслуживания, полученного от SSPS, это будет первым днем вашей работы по уходу. Срок продолжительностью 120 дней для завершения основного обучения начнется с даты начала предоставления услуг.

Повысьте свои шансы на соблюдение всех обязательных сроков!



14 дней

30 дней

60 дней

65 дней

Рекомендуется
Крайний срок
120 дней для обучения
200 и 260 - процесс сертификации

Зарегистрируйтесь → Подайте заявку в Prometric → Завершите обучение → Сдайте экзамен на курс на классы →

Эти сроки позволяют выполнить план обучения к 120-му дню и процесс сертификации к 200-му дню, или пройти предварительную сертификацию к 260-му дню на ограниченное владение английским



(крайний срок подачи заявки в DON – 14 дней)

Если вы не пройдете обучение и не получите сертификат в установленные сроки

- Вы НЕ СМОЖЕТЕ получать плату за услуги.
- Вы БУДЕТЕ ДОЛЖНЫ сами оплатить оставшееся обучение

Как сдать экзамен HCA на другом языке

Чтобы сдать экзамен HCA на испанском, русском, вьетнамском, корейском или китайском камбоджийском, лаосском, самоанском, сомалийском, украинском, тагальском языках, пометьте желаемый язык в бланке заявки на сдачу экзамена Prometric для HCA. Чтобы сдать письменный экзамен устно на английском или одном из этих языков, пометьте пункт «Устный экзамен и экзамен на владение навыками» в разделе «Для сдающих экзамен впервые» на бланке заявки на сдачу экзамена для HCA. Если вы решите сдавать экзамен устно, компьютер зачитает вам вопросы и варианты ответов вслух. За сдачу письменного экзамена **устно** взимается дополнительная плата в размере \$10.

Контактная информация программы сертификации HCA

Организация	Телефон и факс	Почтовый адрес	Адрес эл. почты
DON	Координатор по сертификации HCA (360) 236-2700 Отдел обслуживания клиентов DON (360) 236-4700	Заявку следует отправить по адресу: Оплату не прилагать DON Home Care Aide Credentialing P.O. Box 1099 Olympia, WA 98507 Другие документы, НЕ отправленные вместе с первоначальной заявкой, необходимо отправить по адресу: DON Home Care Aide Credentialing P.O. Box 47877 Olympia, WA 98504	Homecareaides@doh.wa.gov
Prometric	С 9/1 по 10/31: ОТПРАВЛЯЙТЕ БЛАНКИ ЗАЯВЛЕНИЙ В BSI Не отправляйте оплату Benefit Solutions Inc. PO Box Mukilteo, WA 98275 Phone: 877-959-6274 Fax 1-866-863-8177	После 11/1/13: Отправляйте БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ ДЛЯ СДАЧИ ЭКЗАМЕНА В Prometric. Не отправляйте оплату Prometric, Attention: WA Home Care Aide Program 7941 Corporate Dr. Nottingham, MD 21236 Fax: 800-813-6670	Prometric Email: WAHCA@prometric.com Новые возможности Prometric : Подать заявление онлайн Benefits Solutions Email: HCA@bsipta.com



Все эти ссылки находятся в одном месте на веб-сайте www.adsa.dshs.wa.gov/professional/training/links

Проверка личных данных

- [Форма разрешения на проверку личных данных](#)
- [Форма заявки на сдачу отпечатков пальцев](#)
- [Веб-сайт ВССУ](#)

Обучение

- [Найти курс обучения/инструктора](#)

Сертификация—DON

- [Главный веб-сайт](#)
- [Заявка на сертификацию HCA](#)
- [Поиск учетных данных поставщика услуг](#)
- Программа NW Training Partnership MRC**
- 1-866-371-3200
- [Программа NW Training Partnership профсоюза SEIU Healthcare](#)

Сертификационный экзамен—Prometric

- [Главный веб-сайт](#)
- [Заявка на сдачу экзамена HCA штата Вашингтон](#)
- [Информационная брошюра об экзамене HCA](#)



September 2013

ПОЛУЧЕНИЕ ОПЛАТЫ

УЧЕТ ЕЖЕДНЕВНЫХ РАБОЧИХ ЧАСОВ И МИЛЬ

Все ИП обязаны каждый день записывать количество отработанных часов и расстояние в милях, подлежащие оплате (см. далее). Все ИП *должны использовать для этого форму DSHS 15-015x «Листок учета рабочего времени индивидуального поставщика услуг» (Individual Provider Timesheets).*

Ваш листок учета является важным документом. Это документ о вашей работе, защищающий ваши интересы и, одновременно, возлагающий на вас ответственность по его заполнению. Заполняя листок учета вы сможете:

- Уменьшить разногласия между вами и вашим работодателем по поводу количества отработанных вами часов и преодоленного пути в милях.
- Дать возможность социальному работнику или сотруднику, ведущему дело вашего работодателя, контролировать выполнение Плана ухода вашего работодателя
- Иметь доказательства того, что часы работы соответствуют количеству часов, указанному в вашем Плане ухода

Ваш работодатель будет выдавать вам бланки листов учета рабочего времени. Листы учета доступны на кхмерском, китайском, корейском, лаосском, русском, сомалийский, испанском и вьетнамском языках. Если вы предпочитаете листок учета рабочего времени на одном из этих языков, поговорите с сотрудником, ведущим дело вашего работодателя/ социальным работником.

Неправильное и/или нерегулярное заполнение листов учета рабочего времени может привести к задержке оплаты, невыплате или расторжению договора.

Как этого избежать:

- Следуйте инструкциям, изложенным на странице 15 и используйте образец заполнения листка учета, приведенный на странице 16 при заполнении своего листка.
- Записывайте количество своих рабочих часов и покрытых миль каждый рабочий день
- Заполняйте и проверяйте отдельный листок учета рабочего времени для каждого работодателя, если вы предоставляете услуги нескольким клиентам департамента DSHS.
- В конце каждого платежного периода, внимательно проверяйте с вашим работодателем ваш листок учета, прежде чем подписать его.
- Один экземпляр своего заполненного и подписанного листка учета рабочего времени отдавайте своему работодателю, а другой храните в своем архиве. **Не отправляйте по почте ваш листок учета вместе вашим счетом SSPS.**

Вы обязаны сохранять свои листки учета рабочего времени в течение шести лет. Сохраняйте у себя листки учета рабочего времени в течение этого срока, даже если более не работаете у этого клиента DSHS (например, если клиент переехал или скончался, либо если вы больше не работаете в качестве ИП). Федеральный аудитор или аудитор штата могут попросить вас предоставить копии ваших листов учета рабочего времени. Невыполнение этого требования может привести к необходимости возврата выплат, полученных вами в качестве ИП, и возможному расторжению контракта с вами.

Заполнение вашего листка учета рабочего времени должно быть частью вашего ежедневного распорядка.

ИНСТРУКЦИИ К ЗАПОЛНЕНИЮ ВАШЕГО ЛИСТКА РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ (DSHS 15-051x)

1. Печатными буквами впишите имя и фамилию вашего работодателя в верхней строке формы, в поле «ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА / РАБОТОДАТЕЛЯ» («CLIENT/EMPLOYER NAME»).
2. Печатными буквами напишите свое имя и фамилию в графе «ИМЯ И ФАМИЛИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ» («INDIVIDUAL PROVIDER'S NAME»).
3. Печатными буквами напишите имя и фамилию сотрудника, ведущего дело вашего работодателя/социального работника, в поле «ИМЯ И ФАМИЛИЯ СМ» («SM NAME»).
4. Впишите календарный месяц в графу «МЕСЯЦ» («MONTH») и год в графу «ГОД» («YEAR»).
5. Укажите время начала работы в графе «ВРЕМЯ НАЧАЛА ОБСЛУЖИВАНИЯ» («TIME SERVICE BEGAN») в строке «А» под числом, обозначающим день месяца. Обязательно указывайте АМ (до полудня) или РМ (после полудня).
6. Укажите время окончания работы в графе «ВРЕМЯ ОКОНЧАНИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ» («TIME SERVICE ENDED») в строке «В».
7. Впишите общее количество часов за этот день в строке «С». **В листок учета рабочего времени можно вносить только реально отработанные вами часы. Количество вносимых часов не может превышать установленный для вас лимит.**
8. Впишите расстояние (в милях), на которое вы транспортировали вашего работодателя в этот день (если такая услуга предоставлялась) в строке «D». На стр. 7 объясняется при каких условиях использование личного автомобиля подлежит компенсации.

Повторяйте шаги с 5 по 8 каждый рабочий день в течении платежного периода.

9. В конце месяца сложите общее количество отработанных часов из строки «С» и впишите результат в колонку «Итого» («Totals»). (Общее количество отработанных часов должно совпадать с количеством часов, которые вы включаете в свой счет на оплату услуг).
10. Из перечисленных в форме заданий по личному уходу отметьте те, которые вы выполняли в этом месяце, в соответствии с Планом ухода.
11. **Услуги временного ухода по линии DDD:**
 - a. Если вы предоставляете только услуги временного ухода, **не** отмечайте никаких других полей, относящихся к заданиям по личному уходу. Единственное поле, которое вы должны отметить — это «Временный уход по линии DDD» в вашем Листке учета.
 - b. Если вы предоставляете одному и тому же работодателю как услуги временного ухода (respite services), так и личного ухода (personal care services), то заполните для данного месяца **два** отдельных Листка учета рабочего времени; в **один** из них внесите количество часов в рамках услуг временного ухода, а в **другой** количество часов в рамках предоставления услуги личного ухода. Во втором Листке учета рабочего времени отметьте выполненные вами **задания** по личному уходу.
12. После заполнения формы попросите своего работодателя проверить, верно ли все указано. Если ваш работодатель согласен, он должен поставить свою подпись под словами «ПОДПИСЬ КЛИЕНТА» («CLIENT'S SIGNATURE»).
13. Поставьте свою подпись под словами «ПОДПИСЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ» («INDIVIDUAL PROVIDER'S SIGNATURE»).
14. Сделайте копию своего экземпляра, а другой экземпляр отдайте вашему работодателю для его архива. **Не отправляйте по почте ваш Листок учета SSPS.**
15. Используйте свой Листок учета рабочего времени для правильного заполнения Счета за услуги SSPS (SSPS Service Invoice).

С информацией о получении оплачиваемых отпусковых часов можно ознакомиться на стр. 19.

Чтобы получить оплату от департамента DSHS, вы обязаны заполнить листок учета рабочего времени..

Сохраняйте свои Листки учета рабочего времени в течение ШЕСТИ лет. Ревизоры штата и федеральные ревизоры могут потребовать их в любой момент.

AGING AND DISABILITY SERVICES ADMINISTRATION
Individual Provider Time Sheet

CLIENT/EMPLOYER NAME Cheryl Smith		INDIVIDUAL PROVIDER'S NAME Paris, Rita							CM NAME Sally Jones		MONTH/YEAR July 2012					
Day of Month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
A Time Service Began	7 A	10 A	10 A	9 A	9 A	9:30 A	9:30 A	9 A	9 A	9 A	9 A	9 A	8 A			
B Time Service Ended	3 P	1 P	1 P	3 P	3 P	1:30 P	1:30 P	3 P	3 P	3 P	3 P	3 P	4 P			
C Total Hours Each Day	7	3	3	6	6	4	4	4	6	6	6	6	8			
D Mileage							11									
Day of Month	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTALS
A Time Service Began		10 A	10 A	9 A			9:30 A	9:30 A	9 A	9:30 A		8:30 A				
B Time Service Ended		1 P	1 P	3 P			2:30 P	2:30 P	3 P	1:30 P		1:30 P				
C Total Hours Each Day		3	3	6			5	5	6	4		5				90
D Mileage								11								22

CHECK TASKS PERFORMED DURING MONTH (PERSONAL CARE PROVIDERS ONLY)

<input checked="" type="checkbox"/> Meal Preparation*	<input checked="" type="checkbox"/> Dressing	<input checked="" type="checkbox"/> Walking/Locomotion	<input checked="" type="checkbox"/> Bathing	<input type="checkbox"/> Essential Shopping*
<input type="checkbox"/> Eating	<input checked="" type="checkbox"/> Personal Hygiene	<input type="checkbox"/> Application of Lotion/Ointment*	<input type="checkbox"/> Toileting	<input type="checkbox"/> Wood Supply*
<input checked="" type="checkbox"/> Escort/Transport to Medical*	<input type="checkbox"/> Bed Mobility/Positioning	<input type="checkbox"/> Toenails Trimmed*	<input type="checkbox"/> Household*	<input type="checkbox"/> Dry Bandage Change
* Tasks for adult clients only.			<input checked="" type="checkbox"/> Transfer	<input type="checkbox"/> Medication Management*
			Motion Treatment	

INSTRUCTIONS FOR DOCUMENTING YOUR DSHS AUTHORIZED HOURS
 A. Enter time service began – indicate AM or PM as appropriate. C. Enter total hours worked each day.
 B. Enter time service ended – indicate AM or PM as appropriate. D. Mileage: All miles traveled transporting or shopping for a client when authorized per SSPS.
DO NOT send these time sheets to Case Managers unless requested. Keep completed time sheets in your records for six (6) years. Copies will be requested by Case Managers at the time of reassessment. DSHS may request copies at any time.

CLIENT'S SIGNATURE _____ INDIVIDUAL PROVIDER'S SIGNATURE _____

This form is available at <http://www1.dshs.wa.gov/msa/forms/eforms.html>

КОМПЕНСАЦИИ РАСХОДОВ НА ПРОЕЗД (MILEAGE REIMBURSEMENT)

Вы можете получить компенсацию за использование личного автотранспорта при осуществлении важных покупок для работодателя или вместе с ним, а также для доставки работодателя в медицинское учреждение. Чтобы получить компенсацию за использование личного автотранспорта, важные покупки и доставка в медицинское учреждение должны быть предусмотрены Планом ухода вашего работодателя. Таблица лимитов компенсации за количество пройденных миль приведена ниже:

Некоторые ИП могут получить компенсацию за дополнительное количество миль или иные дополнительные транспортные услуги в зависимости от программы, финансирующей уход за клиентом по линии DSHS. Дополнительные транспортные нужды, такие как перевозки работодателя к месту работы, должны быть четко обозначены в Плане ухода, и функции по их удовлетворению должны быть возложены на ИП. Лишь в этом случае ИП может быть предоставлена компенсация за дополнительные пройденные мили в рамках лимита, установленного менеджером по уходу и отраженного в Плане ухода.

Лимиты компенсации расходов за пройденные мили	
До 31 октября 2014 г.:	до 60 миль каждый месяц для каждого работодателя
С 1 ноября 2014 г.:	до 100 миль каждый месяц для каждого работодателя



УВЕДОМЛЕНИЕ SSPS О СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГАХ (DSHS 14-259X)

Уведомление SSPS о социальных услугах направляется вам в следующих случаях:

- При первичном утверждении предоставления услуг для вашего работодателя.
- При любых изменениях, касающихся утвержденных услуг или оплаты.
- Если ваш работодатель больше не имеет права на получение услуг, и ваша работа, таким образом, окончена.

Уведомление SSPS о социальных услугах содержит следующую информацию:

- Тип **имаксимальное** количество **единиц услуг**, которое вам разрешено предоставлять вашему работодателю (-ям) каждый месяц. Единицы выражены в часах (HR) или милях (MI). Вы не получите оплату ни за какую работу, превышающую максимальное количество утвержденных единиц услуг.
- **Максимальная** сумму, которую ваш работодатель обязан ежемесячно выплачивать непосредственно вам. Эта сумма именуется «участием клиента» (client participation). Взимаемая вами сумма «участия клиента» не может превышать вашей часовой ставки, помноженной на полное количество часов предоставленных в данном месяце услуг.

При получении уведомления SSPS о социальных услугах, убедитесь, что следующая информация указана верно:

- Ваше имя и фамилия.
- Ваш почтовый адрес.
- Единицы услуг (HR (часы), MI (мили)).
- Сумма оплаты.

Если какие-либо из этих сведений указаны неверно, немедленно позвоните социальному работнику или сотруднику, ведущему дело вашего работодателя. Если вы не позвоните им и не сообщите об ошибках, вы можете получить неправильную сумму оплаты. Имя, фамилия и телефон сотрудника, которому следует звонить, указаны в нижней части Уведомления SSPS о социальных услугах.

Посмотрите образец уведомления SSPS о социальных услугах на странице 20.

ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ШТАТА ВАШИНГТОН
УВЕДОМЛЕНИЕ О СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГАХ

НАИМЕНОВАНИЕ МЕСТНОГО ОТДЕЛЕНИЯ
АДРЕС

РИТА ПЭРИС
АДРЕС

ШЕРИЛ СМИТ
РАЗРЕШЕНИЕ №
01.08.2012

НАСТОЯЩИМ ДОВОДИМ ДО ВАШЕГО СВЕДЕНИЯ, ЧТО:

1. **ШЕРИЛ СМИТ** ОБЯЗАНА ВЫПЛАТИТЬ ЕЖЕМЕСЯЧНУЮ СУММУ В РАЗМЕРЕ \$400,00 В СЧЕТ ПОКРЫТИЯ СТОИМОСТИ УСЛУГ С 01.08.2012 ПО 31.08.2012. **РИТА ПЭРИС** ЕЖЕМЕСЯЧНО ПОЛУЧАЕТ ЭТУ СУММУ ОТ **ШЕРИЛ СМИТ**. ЭТА СУММА БУДЕТ ВЫЧИТАТЬСЯ ИЗ СУММЫ ВЫПЛАТ ДО НАПРАВЛЕНИЯ ОРДЕРА.
2. **РИТА ПЭРИС** ИМЕЕТ РАЗРЕШЕНИЕ НЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ **ШЕРИЛ СМИТ** АЛЬТЕРНАТИВНЫХ УСЛУГ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА (CORES). ОПЛАТА УСЛУГ УТВЕРЖДЕНА В ОБЪЕМЕ ДО 150 ЧАСОВ ЕЖЕМЕСЯЧНО ПО ТАРИФУ **\$10,03** В ЧАС НА ОБЩУЮ СУММУ ДО **\$1504,50** В МЕСЯЦ НА ПЕРИОД С 01.08.2012 ПО 31.08.2012.
 - ВЫ БУДЕТЕ КАЖДЫЙ МЕСЯЦ ПОЛУЧАТЬ БЛАНК СЧЕТА ЗА УСЛУГИ (SERVICE INVOICE). ЗАПОЛНИТЕ БЛАНК В СООТВЕТСТВИИ С ИНСТРУКЦИЯМИ.
 - ИЗ ЗАРАБОТКОВ РАБОТНИКА БУДУТ ВЫЧИТАТЬСЯ НАЛОГОВЫЕ ОТЧИСЛЕНИЯ В ФОНД СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ФОНД MEDICARE. ШТАТ ВАШИНГТОН ОПЛАЧИВАЕТ ДОЛЮ РАБОТОДАТЕЛЯ ОТ ИМЕНИ РАБОТОДАТЕЛЯ **ШЕРИЛ СМИТ**.
 - ОПЛАТА ЭТИХ УСЛУГ БУДЕТ ОТРАЖЕНА В ФОРМЕ W-2. НАЛОГИ FICA БУДУТ ВОЗВРАЩАТЬСЯ В КОНЦЕ ГОДА ПРИ УСЛОВИИ, ЧТО ОБЩИЕ ГОДОВЫЕ ВЫПЛАТЫ ЗА УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЕННЫЕ КАЖДОМУ КЛИЕНТУ, НЕ ПРЕВЫШАЮТ ГОДОВЫХ ПРЕДЕЛОВ, УСТАНОВЛЕННЫХ ДЛЯ FICA. ПОДОХОДНЫЙ НАЛОГ УДЕРЖИВАТЬСЯ НЕ БУДЕТ.

С ВОПРОСАМИ ОБРАЩАЙТЕСЬ к *уполномоченному менеджеру по уходу или социальному работнику* ПО тел.

УВЕДОМЛЕНИЕ SSPS О СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГАХ (SSPS SOCIAL SERVICES NOTICE) (DSHS 08-141)

В конце каждого месяца вы будете получать *Счет за услуги*. Образец *Счета за услуги* приведен на странице 19. Используйте *Счет за услуги* для сообщения департаменту DSHS о количестве отработанных вами часов, а также хотите ли вы получить оплачиваемые отпускные часы за данный месяц.

Вы можете сообщать о предоставленных вами единицах услуг двумя способами:

1. Отправка заполненного *Счета за услуги* в SSPS. Инструкции приведены на стр. 21
2. Звонок в вашу службу посредством системы Invoice Express. Инструкции приведены на стр. 23

Не сообщайте об отработанных вами часах по телефону и не отправляйте по почте ваш *Счет за услуги* пока не закончите работу в данном месяце.

Никогда не указывайте в *Счете за услуги* большее количество единиц услуг, чем вы отработали на самом деле в данном месяце. Вам придется возвращать любую полученную вами переплату и/или дополнительные расходы по заработной плате, понесенные департаментом, в связи с неверно указанными часами. Сюда могут входить расходы по медицинскому страхованию и налоговые льготы, выплаченные за вас в связи с преувеличением количества часов.

Вы не будете получать оплату за дополнительные часы работы, превышающие количество часов, утвержденное для вашего работодателя. Если ваш работодатель нуждается в большем количестве часов ухода, он должен обсудить это с социальным работником или сотрудником, ведущим его дело. Вы не можете увеличить количества часов работы, пока социальный работник или сотрудник, ведущий дело вашего работодателя, не внесет изменения в План ухода.

Оплату за часы, отработанные в данном месяце, вы будете получать в следующем месяце. Например, если вы отработали 90 часов в июле, оплату за них вы получите в августе.

ПОЛУЧЕНИЕ ОПЛАЧИВАЕМЫХ ОТПУСКНЫХ ЧАСОВ (РТО)

Если вы имеете на это право, и у вас накопилось определенное количество оплачиваемых отпускных часов, то в вашем *Счете за услуги* появится строка, где в качестве названия услуги будет обозначено «Отпуск ИП» («IP Vacation 775»). Количество имеющихся у вас оплачиваемых отпускных часов (vacation/PTO hours) будет указано в графе «Итого единиц» («Total Unit») (см. пример на стр. 19). Обозначьте все РТО в качестве отпускных часов.

По своему выбору вы можете использовать накопленные оплачиваемые отпускные часы для целей оплачиваемого отпуска или просто получить деньги за оплачиваемые отпускные часы, не делая перерыва в работе. Если вы хотите получить оплату за накопленные оплачиваемые отпускные часы (не важно, берете ли вы отпуск или только деньги) за определенный месяц, укажите общее количество часов, за которые вы желаете получить оплату, в пустом поле под заголовком «Итого единиц» («Total Unit»).

Если вы НЕ ХОТИТЕ брать оплачиваемые отпускные часы в данном месяце, напишите «0» в пустой графе под заголовком «Итого единиц» («Total Unit»). **Не оставляйте эту строку пустой. Это задержит вашу оплату**

Причитающиеся вам оплачиваемые отпускные часы, которые вы не берете, переносятся на следующий месяц и добавляются к новым оплачиваемым отпускным часам, заработанным вами в следующем месяце (до 85 часов в совокупности).

В строке отпуска указан период обслуживания – последние 10 рабочих дней месяца. Это никак не влияет на то, когда вы можете взять отпуск. Дополнительную информацию о правилах предоставления оплачиваемых отпускных часов и оплате отпуска можно найти на стр. 31.

INVOICE REGULAR **CALL 1-888-461-8855 OR MAIL INVOICE USING YOUR OWN STAMP**

INVOICE NUMBER 208R-000001	PAGE 001 OF 001	PAYEE NUMBER 000000	PROVIDER NUMBER 000000	FOR MONTH ENDING 08/31/12
--------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

TO SIGN UP FOR DEPENDABLE DIRECT DEPOSIT, SEE INSTRUCTIONS.
FOR PAYMENT ISSUES, INCLUDING TIMELINESS, SEE INSTRUCTIONS.

SOCIAL SERVICE PAYMENT SYSTEM (SSPS)

PAYEE PROVIDER

PROVIDER NAME
MS 45812
OLYMPIA WA 98504

PROVIDER NAME
MS 45812
OLYMPIA WA 98504

SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
CLIENT, NAME SERVICE NAME COPE'S PARTICIPATION	8/1/12 TO 8/31/12	\$400.00 REFERENCE 001-01-0001	400.00	MON	1	
CASE NUMBER 8888888888	AUTHORIZATION 6025787-01	WORKER I.D. 1	REPORTING UNIT 01BM01	SERVICE CODE 999	COLLECT AMOUNT SHOWN ABOVE FROM CLIENT	
CLIENT, NAME SERVICE NAME COPE'S PER CARE-INDIV-HR	8/1/12 TO 8/31/12	\$1504.50 REFERENCE 001-02-0002	10.03	HR	150	
CASE NUMBER 8888888888	AUTHORIZATION 6025787-01	WORKER I.D. 2	REPORTING UNIT 01BM01	SERVICE CODE 999		
PROVIDER, NAME SERVICE NAME IP VACATION (775)	7/22/12 TO 7/31/12	\$30.09 REFERENCE 001-03-0003	10.03	HR	3	
CASE NUMBER 9999999999	AUTHORIZATION 9999999-01	WORKER I.D. 1	REPORTING UNIT 01VP01	SERVICE CODE 998		
SERVICE RECIPIENT SERVICE NAME	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
		REFERENCE				
CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE		
SERVICE RECIPIENT SERVICE NAME	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
		REFERENCE				
CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE		
SERVICE RECIPIENT SERVICE NAME	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
		REFERENCE				
CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE		

VENDOR'S CERTIFICATE: When you submit this invoice for payment, you are certifying that the items and totals listed herein are proper charges for services, materials, or merchandise furnished to the State of Washington and that all services, materials, or merchandise rendered have been provided without discrimination because of race, color, religion, sex, sexual orientation, national origin, creed, marital status, age, Vietnam era or disabled veterans status, or the presence of any sensor, mental or physical handicap.

PAYEE SIGNATURE PROVIDER SIGNATURE

If mailing this invoice, make a copy for your records, attach postage and return to: **STATE OF WASHINGTON DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES ISSD DATA CONTROL PO BOX 45889 OLYMPIA, WA 98504-5889**

Также именуется «Номером получателя SSPS» (SSPS Payee number) или «Номером поставщика услуг» (Provider number).

Сумма, которую вы ежемесячно взыскиваете со своего работодателя (в рамках «участия клиента»), не может превышать указанной суммы.

Максимальное утвержденное количество единиц услуг

Укажите здесь, сколько единиц обслуживания вы предоставили за месяц

Имеющийся остаток оплачиваемых отпусковых часов

Укажите здесь использованные отпусковые часы (в виде отпуска или в виде денег либо напишите «0», чтобы остаток был перенесен на следующий месяц). Дополнительная информация об оплачиваемых отпусковых часах предоставлена на стр. 25.

Требуется ваша подпись. Подписи вашего работодателя на этом счете не требуется.

SSPS INVOICE INSTRUCTIONS

DEPENDABLE PAYMENT BY DIRECT DEPOSIT

To eliminate mail problems, use DIRECT DEPOSIT. For an application, write to: SSPS Direct Deposit Desk, PO Box 45812, Olympia WA 98504-5812 or go to: www.dshs.wa.gov/ssps/directdeposit.shtml.

YOU HAVE TWO OPTIONS FOR CLAIMING YOUR INVOICE:

1) PHONE IN YOUR INVOICE USING INVOICE EXPRESS (Recommended):

1. Fill out the invoice and sign it.
2. Call Invoice Express toll free at 1-888-461-8855.
3. Listen carefully. Each time you make an entry, you will hear it repeated and be asked if the number is correct.
4. Stay on the telephone after finishing all items. You may review or directly submit for payment.
5. You will be asked to press the star (*) key on your phone when finished. You will then hear a confirmation message.
6. **IMPORTANT:** Do not hang up until you hear the message that your invoice was successfully submitted.
7. Keep the invoice for your records.

NOTE:

- Use a touch-tone telephone.
- Enter zero only when you **DO NOT** want to claim.
- Do **NOT** mail your invoice after calling Invoice Express.
- If you phone in an invoice already processed, you will hear a message that processing has already occurred.

OR

2) **MAIL IN YOUR INVOICE** – Send your invoice by mail with your own postage (Make a copy for your records before mailing.). Fill out the invoice as follows:

WHITE BOXES

Authorized Rate: **DO NOT FILL IN THIS BOX UNLESS YOU ARE CLAIMING A RATE LOWER THAN IS PRINTED.**

School Holiday Care: This box is only for hourly child care for a school age child when you have provided care during school holidays. Enter the number of hours of care you provided during school holidays.

BOLDED BOXES

Service unit: Each (EA), Hour (HR), Day (DA), Visit (VS) and Mile (MI) are preprinted and cannot be changed. If the Service Unit is MONTH (MON) and you provided service for the full SERVICE PERIOD enter MON in the bolded Service Unit box. If you are claiming less than the full SERVICE PERIOD, enter DA for the Day in the service unit box. NOTE: If you enter DA in the Service Unit Box and then claim more days than are in the service period, the invoice will reject, preventing payment until correction is made.

Total Units: Enter the number of units provided. If service was not provided, enter 0. For a daily service, count every day including the begin day and the end day. For example: June 10th through June 20th is 11 days, not 10.

SIGNATURE BOXES

Payee: A SIGNATURE IS ALWAYS REQUIRED.

CAUTION:

- **Do NOT** leave a bolded box blank or the invoice will be mailed back to you, delaying payment.
- **Do NOT** send notes or attach anything to the invoice.
- **Do NOT** cross out pre-typed information.
- **Do NOT** write in changes other than those specifically allowed for above.
- **PUT POSTAGE ON THE ENVELOPE BEFORE MAILING.**

SEIU 775 MEMBERS: IP Vacation Invoice Service Line:

Vacation hours not claimed on this invoice will appear on next months invoice, plus any new vacation hours earned. Enter "0" on the vacation service line **if you DO NOT WANT to take vacation for this pay period.** **If you WANT to take vacation for this pay period enter the number of hours** in the total units box. Vacation can be taken at any time during the month with consent of client and case manager notification. **DO NOT LEAVE THE VACATION SERVICE LINE BLANK, THIS WILL DELAY YOUR PAYMENT.**

Why isn't my payment faster?

According to the state constitution, the state cannot pay for a service until the service period is complete. Payment is considered timely if made within 30 days of the receipt of a properly completed invoice plus mail time, according to RCW 39.76.010. SSPS makes it a top priority to pay faster than required, and to pay as fast as technically and legally possible. The social services worker does need to authorize services within deadlines to have an invoice generated.

For more information on SSPS, visit our web site at: www.dshs.wa.gov/ssps/index.shtml. Also visit Access Washington at <http://access.wa.gov> for more information on government services in Washington State.

СИСТЕМА INVOICE EXPRESS (ЭКСПРЕСС-СЧЕТ)

Invoice Express – это быстрый и простой способ представить к оплате *ваш Счет за услуги* с помощью телефона. Системой Invoice Express можно пользоваться на английском и испанском языках.

Система Invoice Express позволяет:

- В любое время ввести по телефону *информацию из вашего счета за услуги*.
- Избежать каких-либо задержек, связанных с работой почты, которые могут возникнуть, если вы направите *Счет за услуги по почте*.
- Позвонить в последний день месяца (до 16.30), чтобы ввести количество часов, и получить чек быстрее, чем если бы вы отправили счет по почте в последний день месяца.
- Исправлять ошибки сразу же – в любое время, пока не нажата «звездочка» (*). Когда вы услышите подтверждение, вносить изменения уже слишком поздно.
- Позвоните, чтобы убедиться, что платеж по вашему *Счету за услуги* уже оформлен.

Используя систему Invoice Express, вы **не можете второй раз ввести информацию из одного и того же Счета за услуги**.

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ СИСТЕМОЙ INVOICE EXPRESS

Прежде чем звонить, заполните вашу форму *Счет за услуги*. Используйте ее, чтобы сообщить о предоставленных единицах услуг. Сохраните бумажный экземпляр *Счета за услуги* в своем архиве.

Позвоните по телефону 1-888-461-8855, чтобы ввести свою информацию, используя телефонный аппарат с тональным набором. Вам понадобится номер *Счета за услуги* и ваш номер поставщика услуг (provider number).

Не отправляйте ваш счет на бумаге в SSPS, если вы использовали систему Invoice Express.

ОТПРАВКА СЧЕТА ЗА УСЛУГИ В SSPS ПО ПОЧТЕ

Если вы предпочитаете отправлять свой *Счет за услуги (SSPS Service Invoice)*, по почте, следуйте указаниям, направляемым вам каждый месяц вместе с вашим *Счетом за услуги*.

Отправляйте Счет за услуги по следующему адресу:

Attn: ISSD Data Control

P.O. Box 45889

Olympia, WA 98504

Invoice Express – это быстрый и простой способ представить к оплате ваш Счет за услуги.



The fast, easy way to submit your SSPS invoice for payment!

Use your invoice to report services by telephone

- 1** Your first question to answer when calling Invoice Express is whether your invoice is Regular or Supplemental. The answer to that question is found here.
- 2** You will be asked to use the numbers on your telephone to enter the first 3 digits and then the 6 digits after the letter and dash of your Invoice Number.
- 3** To make sure no other person can get to your invoice by telephone, you will be asked to enter the payee number shown in this gray shaded box.
- 4** Invoice Express will read the last 4 digits of your reference number, so that you will know which line you are on.
- 5** The lines will be read to you starting with 0001, until you have entered the number of units you have served or a 0 on all service lines.
- 6** Invoice Express will read to you the type of service unit. In the case of months (MON), you will be able to report either a full month or a partial month by reporting the number of days served (DA).
- 7** When you are asked to enter the units, use the numbers on your telephone number pad.

INVOICE SUPPLEMENTAL

INVOICE NUMBER: **9055-00410** PAGE: 001 OF 001 PAYEE NUMBER: **999999** PROVIDER NUMBER: 999999 FOR MONTH ENDING: 05-31-99

SOCIAL SERVICE PAYMENT SYSTEM (SSPS)

INSTRUCTIONS TO VENDOR:

- Fill in all blank pink boxes on all lines with services.
- Do not send notes or attachments. Any notes or attachments will be returned to you and payment will be delayed.
- Sign the invoice and keep the blue copy for your records.

PAYEE: Rardin, Franida
401 W Mullan St
Spokane, WA 99223

PROVIDER: Rardin, Franida
401 W Mullan St
Spokane, WA 99223

1.	SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE	TOTAL	REASON CODE
	CHARLES CHAZ	05/01/99	\$889.92	6.18	HR	144	
	FS RESPITE CARE-HOURLY	05/31/99			HR		
	CASE NUMBER: 4110432432 AUTHORIZATION: 3555461-01	WORKER I.D.: 20MC70	REPORTING UNIT: 851	SERVICE: 07305			
			REFERENCE: 001-01-0001				
2.	SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE	TOTAL	REASON CODE
	CHARLES CHAZ	05/01/99	\$10.23	0.31	MI	33	
	DDD FS TRANSP - MILES	05/31/99			MI		
	P.F.S.F. NUMBER: AUTHORIZATION: WORKER I.D.: REPORTING UNIT: SERVICE:		REFERENCE: 001-02-0002				

* These are the bolded boxes on your invoice.



ПРЯМОЙ ДЕПОЗИТ

Платежная система социального обслуживания (Social Service Payment System, SSPS) позволяет вносить оплату непосредственно на ваш текущий или сберегательный счет. Вместо получения чеков по почте вы можете выбрать вариант Прямого депозита.

После первичного оформления ваша оплата перечисляется в виде Прямого депозита в течение четырех рабочих дней, следующих за первым рабочим днем месяца, когда *Счет за услуги* был успешно введен в систему. Услугой Прямого депозита могут воспользоваться большинство желающих. Существуют несколько причин, по которым вы не можете воспользоваться услугой Прямого депозита.

Вы не можете пользоваться Прямым депозитом в следующих случаях:

- Ваш чек выписывается на имя другого лица, например, на имя доверенного получателя (protective payee).
- Вы часто меняете свой банковский счет.
- Вы не держите на банковском счету минимальной необходимой суммы.

Если вы хотите получать платежи, используя услугу Прямого депозита, вы должны заполнить Регистрационную форму на услугу Прямого депозита и отправить ее в SSPS. Вы можете получить Регистрационную форму на услугу Прямого депозита различными способами:

1. Посетите веб-сайт SSPS: www.dshs.wa.gov/ssps/ и скачайте Регистрационную форму на услугу Прямого депозита
2. Отправьте запрос по электронной почте по адресу DSHSSSPSWeb@dshs.wa.gov или обратитесь по тел: 360-664-6161 с просьбой выслать вам Регистрационную форму на услугу Прямого депозита
3. Позвоните в Справочный центр для членов профсоюза по тел. 1-866-371-3200 и попросите выслать вам Регистрационную форму на услугу Прямого депозита
4. Вы можете также попросить у социального работника или сотрудника, ведущего дело вашего работодателя, брошюру о Прямом депозите, изданную DSHS (DSHS Direct Deposit brochure) (DSHS 22-361X). В брошюре есть бланк, который можно открепить и отправить для получения необходимых форм и информации.
5. Оправьте по почте письмо с запросом об отправке вам Регистрационной формы на услугу прямого депозита по адресу:
Department of Social and Health Services
Attn. SSPS Direct Deposit Desk
P.O. Box 45346
Olympia, WA 98504-5346

Письмо должно содержать информацию о причинах, по которым вы хотите получить Регистрационную форму на услугу прямого депозита, а также ваш номер поставщика услуг SSPS, ваше имя и фамилию, почтовый адрес и номер телефона.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПЕРЕВОДЕ СРЕДСТВ – (DSHS 07-071)

Вместе с вашим чеком (выписанным DSHS) вам пришлют Уведомление о переводе средств (Warrant System Remittance Advice). Это ваш личный документ о платежах департамента DSHS. Сохраняйте эти уведомления в своем архиве. Если вы пользуетесь услугой Прямого депозита, то вы получите Уведомление об электронном переводе средств (Electronic Funds Transfer Remittance Advice) незадолго до того дня, когда деньги будут перечислены в ваш банк.

Вместо получения чеков по почте вы можете выбрать вариант Прямого депозита.

До активации услуги Прямой депозит должно пройти до шести недель с момента отправки вашего запроса.

ОБРАЩЕНИЕ ЗА ПОМОЩЬЮ

Если у вас есть вопросы о том, как получить оплату, просмотрите все материалы данного раздела (см. стр. 13-26). Возможно, вы найдете ответы на свои вопросы, не совершая никаких звонков. Если после прочтения этого раздела вам не ясно, что надо делать, то позвоните социальному работнику или сотруднику, ведущему дело вашего работодателя.

Обращайтесь к социальному работнику или сотруднику, ведущему дело вашего работодателя, в следующих случаях:

- У вас есть вопросы о том, как заполнить свой *Счет за услуги*.
- У вас есть вопросы о единицах услуг, указанных на бланке *Счета за услуги*.
- Отсутствует имя и фамилия утвержденного работодателя или утвержденная услуга.
- В *Счете за услуги* указано имя утвержденного работодателя, которому вы НЕ ПРЕДОСТАВЛЯЛИ услуги, и/или этот человек уже НЕ вернется в свой дом
- Вы не получили бланк *Счета за услуги* за текущий месяц работы, и наступил последний рабочий день этого месяца.
- Вы изменили свою фамилию или адрес.

Бланки счетов могут пересылаться на другой адрес; чеки пересылать нельзя. Незамедлительно сообщайте о смене фамилии и адреса.

ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ПРОБЛЕМЫ С ПОЛУЧЕНИЕМ ЧЕКА И ИХ РЕШЕНИЯ

Что делать, если мой *Счет за услуги SSPS* содержит ошибки??

Если вы получили *Счет за услуги* в котором перечислены не все услуги, которые вам было разрешено предоставлять, или если для какой-либо услуги указана более низкая ставка или более короткий период, чем было утверждено, позвоните социальному работнику или сотруднику, ведущему дело вашего работодателя. Для того, чтобы вы могли получить оплату за предоставление услуг, *эти услуги* должны быть указаны в *Счете для услуг*.

Что делать, если я не получил свой *Счет за услуги*?

Ваш *Счет за услуги* считается не полученным вовремя, если вы не получили его в последний рабочий день месяца или ранее. Если *Счет за услуги* не пришел вовремя, свяжитесь с социальным работником или сотрудником, ведущим дело вашего работодателя.

Что делать, если я потерял свой *Счет за услуги*?

Чтобы запросить дубликат *Счета за услуги*, свяжитесь с социальным работником или сотрудником, ведущим дело вашего работодателя.

Что делать, если мой чек не приходит вовремя?

При отправке вашего *Счета за услуги* по почте, рассчитывая сроки получения вами чека, пожалуйста, учитывайте возможные задержки, связанные с работой почтовой службы и время, необходимое на обработку счет. Помните, что оплата за услуги текущего месяца всегда отсылается не ранее второго рабочего дня следующего месяца.

Счет за услуги считается не полученным вовремя, если вы не получили его в последний рабочий день месяца или ранее.

Могу ли я сам позвонить в SSPS?

Нет. Обратитесь к социальному работнику или сотруднику, ведущему дело вашего работодателя.

Что делать, если мой чек утерян?

Если ваш чек утерян, социальный работник или сотрудник, ведущий дело вашего работодателя, попросит вас подписать и заверить у нотариуса официальное Заявление поставщика об утерянном, украденном или уничтоженном платежном документе (Affidavit of Lost, Stolen, or Destroyed Warrant (DSHS 09-13x)). Вы получите дубликат чека не ранее, чем через 30 дней после того, как был выписан первый чек.

Что делать, если мой чек утерян?

Обратитесь к социальному работнику или сотруднику, ведущему дело вашего работодателя. Если он (она) не решит эту проблему, вы можете обратиться за помощью в свой профсоюз. Обращайтесь в Справочный центр для членов профсоюза (Member Resource Center) по тел. 1-866-371-3200. Вам понадобится ваш Номер ИП (IP Provider Number) (указанный на вашем Счете за услуги).

Что делать, если вы уже представили к оплате свой Счет за услуги по телефону или по почте, а потом обнаружили, что предоставили больше утвержденных услуг или часов, чем указали?

Свяжитесь с социальным работником или сотрудником, ведущим дело вашего работодателя..

Что делать, если изменился мой почтовый адрес?

Для избежания задержки выплат сразу же позвоните социальному работнику или сотруднику, ведущему дело вашего работодателя. Сообщите о смене адреса, чтобы можно было обновить информацию в компьютере системы SSPS. Помните, что почтовое отделение пересылает на новый адрес счета, но не пересылает чеки.

Что делать при изменении вашей официальной фамилии?

Если ваша официальная фамилия изменится после подписания договора с департаментом DSHS (например, в результате заключения брака или развода), вам необходимо связаться:

- С менеджером, ведущим дело вашего работодателя, чтобы поменять вашу фамилию в документах департамента DSHS.
- Со своим банком или иным, обслуживающим вас, финансовым учреждением, если вы пользуетесь услугой прямого депозита, для предотвращения задержек платежей, поступающих по системе электронных выплат;
- Управлением социального обеспечения (SSA) для получения обновленной карточки социального обеспечения (1-800-772-1213). Департамент DSHS может поменять фамилию в своих документах, только если она совпадает с информацией, имеющейся у Управления SSA.
- Справочный центр для членов профсоюза по телефону 1-866-371-3200 для изменения ваших данных в профсоюзных документах и в документации программы «Партнерская программа профобучения» (Training Partnership)

Получите ли вы оплату, если ваш работодатель поедет в отпуск, попадет в дом престарелых и инвалидов или в больницу?

Нет. Тем не менее, если у вас накопились оплачиваемые отпускные часы, вы можете потребовать их оплаты в своем Счете за услуги. Более подробная информация о получении оплачиваемых отпускных часов представлена на стр. 19.

Оплата за услуги текущего месяца отсылается не ранее второго рабочего дня следующего месяца.

Для избежания задержки выплат сразу же позвоните социальному работнику или сотруднику, ведущему дело вашего работодателя, если у вас изменился почтовый адрес.

Общая информация о трудоустройстве

Большинство ИП, работающих по линии HCS/AAA, получают оплату как от департамента DSHS (от имени работодателя), так и напрямую от своего работодателя («участие клиента»).

УДЕРЖАНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПОДОХОДНОГО НАЛОГА

Вам нужно решить, хотите ли вы, чтобы федеральный подоходный налог удерживался из вашего зарплатного чека. Это решение вы принимаете самостоятельно и совершенно добровольно. Учтите, что ваше решение не влияет на то, должны ли вы платить федеральный подоходный налог.

Если вы **хотите** чтобы федеральный подоходный налог удерживался из вашего зарплатного чека, вы должны заполнить и отправить в Налоговое управление (IRS) форму W-4 (см. образец ниже). Форма W-4 должна быть за текущий год. Вы можете получить форму IRS W-4 следующим образом:

- Скачать по адресу: <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw4.pdf>
- Позвонить в Управление IRS по телефону **1-800-829-3676** и попросить, чтобы вам прислали форму.
- Обратиться в Справочный центр для членов профсоюза (Member Resource Center) по тел. **1-866-371-3200**.

Заполнение формы W-4

Поля 1, 2, 3 и 5 обязательны для заполнения. Заполнять поля 4, 6 и 7 не обязательно. Не заполняйте поля 8, 9 и 10. Не забудьте, пожалуйста, поставить внизу формы свою подпись и дату.

Заполненную форму IRS W-4 отправьте по адресу:

DSHS
Provider File Unit - Section Two
PO Box 45346
Olympia, WA 98504-5346

Справочная IRS:
1-800-829-1040
Формы IRS:
1-800-829-3676
Веб-сайт IRS:
<http://www.irs.gov>

----- Separate here and give Form W-4 to your employer. Keep the top part for your records. -----

Form W-4 Department of the Treasury Internal Revenue Service		Employee's Withholding Allowance Certificate		OMB No. 1545-0074
		▶ Whether you are entitled to claim a certain number of allowances or exemption from withholding is subject to review by the IRS. Your employer may be required to send a copy of this form to the IRS.		2012
1 Your first name and middle initial	Last name	2 Your social security number		
Home address (number and street or rural route)		3 <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Married, but withhold at higher Single rate.		
City or town, state, and ZIP code		4 If your filing status differs from that shown on your social security card, check here. You must call 1-800-772-1213 for a replacement card. ▶ <input type="checkbox"/>		
5 Total number of allowances you are claiming (from line H above or from the applicable worksheet on page 2)			5	
6 Additional amount, if any, you want withheld from each paycheck			6	\$
7 I claim exemption from withholding for 2012, and I certify that I meet both of the following conditions for exemption. • Last year I had a right to a refund of all federal income tax withheld because I had no tax liability, and • This year I expect a refund of all federal income tax withheld because I expect to have no tax liability. If you meet both conditions, write "Exempt" here. ▶ 7				
Under penalties of perjury, I declare that I have examined this certificate and, to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.				
Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.) ▶			Date ▶	
8 Employer's name and address (Employer: Complete lines 8 and 10 only if sending to the IRS.)			9 Office code (optional)	10 Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 2. Cat. No. 10220Q Form **W-4** (2012)

Если вы заполните и отправите полную правильно заполненную форму W-4, то будете иметь право на то, чтобы федеральный подоходный налог вычитался из вашего зарплатного чека, согласно правилам Управления IRS. Эта форма W-4 остается в силе, пока вы не направите новую форму или форму W-4D (W-4 Прекращение). Если вы решите заполнить форму W-4, сохраните ее копию для вашей документации.

Если вы **не хотите** чтобы из вашего чека удерживался федеральный подоходный налог, то делать ничего не надо.

Федеральный подоходный налог не удерживается из вашего зарплатного чека, пока вы не представите действительную форму IRS W-4. Информацию об уплате федерального подоходного налога в случае, если вы решили **не** направлять форму W-4, можно получить связавшись с Управлением IRS, а также у консультанта по налогам или бухгалтера.

Если в прошлом сумма удержанного из вашей зарплаты федерального подоходного налога была слишком низкой, IRS может письменно уведомить вас и DSHS (направив «уведомление об обязательном удержании налога» – «Lock Letter») об обязательном удержании из вашей зарплаты определенной суммы федерального подоходного налога. В этом случае удержание федерального подоходного налога из вашей зарплаты, получаемой из фондов DSHS, перестанет быть добровольным. DSHS обязан будет соблюдать это предписание вплоть до получения из IRS нового уведомления. При получении из IRS «уведомление об обязательном удержании налога» («Lock Letter»), на нем будет указан бесплатный номер телефона, по которому вы можете позвонить для обжалования этого решения.

Сотрудники DSHS не являются налоговыми специалистами и не могут давать консультаций по налоговым вопросам.

Пожалуйста, не обращайтесь за помощью в решении вопросов налогообложения к сотрудникам департамента DSHS (в частности, к сотрудникам, ведущим дело вашего работодателя, и сотрудникам SSPS). Если вам нужна помощь в решении этих вопросов, обратитесь к своему налоговому консультанту, бухгалтеру или в Управление IRS. Профсоюз SEIU Healthcare 775 NW и некоторые общественные организации предоставляют бесплатную помощь по вопросам, связанным с налогами.

Сотрудники SSPS могут разъяснить вам инструкции IRS по удержанию федеральных налогов из зарплаты и оказать содействие в заполнении формы W-4. За информацией вы можете обратиться в отдел поставщиков услуг SSPS по тел. 360-664-5883.



СПРАВКА О ЗАРПЛАТЕ (W-2)

Форма W-2 – это справка о зарплате, в которой органам власти США и штата сообщается о налогооблагаемой части ваших заработков. Если в течение календарного года вы получали доход через департамент DSHS, то вы получите форму W-2 от департамента DSHS.

Справка о зарплате W-2 должна быть отправлена по почте не позднее 31 января следующего года. Например, если в течение календарного года вы получали доход через департамент DSHS в 2013 г., то вы получите форму W-2 для учета вашего дохода до 31 января 2014 г. Если у вас несколько работодателей (клиентов департамента DSHS), то вы получите форму W-2 по каждому работодателю, включая также оплату отпускных.

Эта справка W-2 включает только оплату, полученную вами непосредственно от департамента DSHS, по поручению вашего работодателя, в течение данного года. Сумма, полученная от вашего работодателя («участие клиента») не будет включена в форму W-2, полученную вами от DSHS.

Если вы запросили об удержании федерального подоходного налога из своего зарплатного чека (т.е. заполнили и отправили форму W-4 за текущий налоговый год), то сумма удержанного федерального подоходного налога будет указана в форме W-2.

Если у вас есть вопросы о форме W-2, полученной из департамента DSHS, вы можете

- отправить электронное сообщение в налоговую службу DSHS по адресу: taxinfo@dshs.wa.gov
- позвонить в налоговую службу DSHS по тел.: 360-664-5830

Сотрудники налоговой службы могут ответить только на вопросы о форме W-2, выданной вам департаментом DSHS. Сотрудники DSHS не уполномочены давать консультации по вопросам налогообложения.

НАЛОГИ В ФОНД СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И MEDICARE

Не являясь вашим работодателем, департамент DSHS, тем не менее является плательщиком третьей стороны (Third Party Payor), отвечающим за отчисление налогов в фонд социального обеспечения и фонд Medicare (FICA) с тех сумм, которые DSHS платит вам по поручению вашего работодателя. В данном случае имеются исключения.

Согласно правилам Управления IRS, департамент DSHS не может удерживать налоги FICA/FUTA, если вы являетесь:

- Родителем, предоставляющим услуги своему взрослому ребенку.
- Взрослым ребенком в возрасте от 18 до 20 лет, предоставляющим услуги своему родителю;
- Супругой (супругом) лица, получающего «Услуги помощи в домашней работе» (Chore services).

Если вы подпадаете под одну из вышеуказанных категорий и у вас есть вопросы или жалобы, вы можете связаться с Управлением IRS по адресу: www.irs.gov или посетить ваш местный офис.

Департамент DSHS (не считая некоторых исключений*) также является плательщиком третьей стороны, отвечающим за уплату федеральных налогов и налогов штата в фонд помощи безработным (FUTA/SUTA).

Ваш работодатель также может отвечать за удержание отчислений в фонд социального обеспечения и фонд Medicare с тех сумм, которые он выплачивает вам напрямую.

ПОЛУЧЕНИЕ ДОКУМЕНТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ДОХОД

Если какое-либо лицо или организация желает получить подтверждение ваших доходов, спросите, будет ли достаточно предъявить Уведомление о переводе средств. Этот документ является эквивалентом корешков платежных чеков. Если вам нужно что-либо, кроме Уведомления о переводе средств, запрос на подтверждение дохода должен быть сделан непосредственно вами в письменном виде. **Вы не можете получить подтверждение дохода у социального работника или сотрудника, ведущего дело вашего работодателя.**

Направляйте свой запрос в письменном виде по адресу:

SSPS
P.O. Box 45812
Olympia, WA 98504-5812

ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ

Если ваша работа в качестве индивидуального поставщика услуг закончится или прервется на какое-то время, вы можете подать заявление в Отдел гарантии занятости (Employment Security Department, ESD) на получение пособия по безработице (которое также называется страхованием по безработице). Вы должны выполнить все требования ESD. При заполнении форм отдела ESD используйте имя, фамилию и адрес вашего работодателя. **Департамент DSHS, Местное агентство по делам пожилых людей (Area Agency on Aging) и их работники не являются вашими работодателями.**

Хотите получить дополнительные часы? Ознакомьтесь с информацией о Регистратуре направлений для оказания услуг на дому (Referral Registry) на внутренней стороне задней обложки.

ВАРИАНТЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Вы имеете два варианта медицинской страховки на выбор: для компании Benefits Trust либо доступных вариантов медицинского страхования в рамках Акта доступной медицинской помощи (Affordable Care Act) и Программы обмена в сфере здравоохранения (Health Benefit Exchange) на уровне штата Вашингтон (Washington). **Вы можете подписаться только на какой-то один из этих страховых планов, а не на оба сразу**

Страховой план профсоюза SEIU Healthcare NW Benefits Trust

Этот страховой план профсоюза (Trust) предназначенный исключительно для самих работников ИП покрывает стоимость расходов на медицинское обслуживание, стоматологический уход и наблюдение у окулиста размере 25.00 долларов ежемесячно. ИП, имеющие право на программу Medicare, также могут получить страховое покрытие (первичное) через план Trust.

Другие требования к участникам плана, льготы и правила определяются страховым планом профсоюза (Trust). Чтобы иметь право воспользоваться этим планом, вам нужно отработать не менее трех месяцев подряд, по крайней мере 86 часов в месяц, а также не иметь страхового покрытия, предоставляемого через иной семейный план или другой план, предоставляемый работодателем. 86 часов рассчитываются, исходя из общего количества отработанных часов, предъявленных к оплате, независимо от того, оплачивает ли их департамент DSHS или сам клиент.

Имеются два способа получить больше информации на предмет критериев отбора для участия в программе предоставления льгот либо получения уведомления о внесении в списки:

1. Обратитесь в Справочный центр для членов профсоюза (Member Resource Center) по тел. 1-(866) 371-3200
2. Заполните заявление онлайн на сайте www.myseiubenefits.org (войдите в систему, используя свои личные данные, и нажмите на ссылку Manage Health Benefits). Заявления по Интернету принимаются только от лиц, подающих заявления впервые. Заявления принимаются к рассмотрению 20 числа каждого месяца. Рассмотрение заявлений занимает два месяца.

После зачисления в план страховое покрытие вступает в силу на первый день месяца после какого-либо периода ожидания, при условии своевременной подачи заполненного заявления и выполнения требования о работе по крайней мере 86 часов в месяц.

Ваша доля страхового взноса в размере 25.00 долларов в месяц будет удерживаться из вашей зарплаты после того, как вы выполните все требования и станете участником плана.

С вопросами о продлении страхования по окончании работы в рамках программы Cobra обращайтесь в план Trust по бесплатному телефону 1-866-771-7359 (предоставляются услуги переводчика).

Программы обмена в сфере здравоохранения (Health Benefit Exchange) в штате Вашингтон

Страховое медицинское покрытие в рамках Программы обмена в сфере здравоохранения (Health Benefit Exchange) в штате Вашингтон вступает в силу с 1 января 2014 г. В зависимости от вашего дохода существует ряд опций.

Для дополнительной информации об опциях в Программе обмена в сфере здравоохранения в штате Вашингтон (Washington Health Benefit Exchange) или о подаче заявки на покрытие:

- Используйте поисковик Плана медицинского обслуживания на веб-сайте: <https://www.wahealthplanfinder.org>
- Позвоните в справочную службу по тел. **1-855-WAFINDER**. Пользователи службы телетайпа (TTY) могут звонить по номеру: 1-855-627-9604
- Отправьте электронное письмо в информационный центр для клиентов по адресу: customersupport@wahbexchange.org

Позвоните в Справочный центр для членов профсоюза по тел.:

1-866-371-3200

либо посетите сайт:

www.myseiubenefits.org

для дополнительной и актуальной информации по вопросам предоставления льгот.

Вы можете подписаться только на какой-то один из этих страховых планов, а не на оба сразу.

СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА РАБОТЕ

На индивидуальных поставщиков (ИП) распространяется страховое покрытие от несчастных случаев на работе, предоставляемое через Департамент труда и промышленности штата Вашингтон (Department of Labor and Industries). Это значит, что вы можете претендовать на выплату пособия в случае какой-либо болезни или травмы, связанных с вашей работой.

Если вы получили травму, предоставляя услуги своему работодателю, и нуждаетесь в неотложной медицинской помощи, обратитесь в ближайшую больницу или к своему лечащему врачу. Скажите врачу, что ваша болезнь или травма связана с работой, и обязательно заполните форму «Сообщение о травме или профессиональном заболевании» («Report of Injury or Occupational Disease»). В этой форме укажите своего работодателя следующим образом: HCQA Negotiated Contract, 601 Union St., Suite 3500, Seattle, WA 98101.

Всеми претензиями индивидуальных поставщиков (ИП) по несчастным случаям на работе занимается компания Sedgwick CMS. Свяжитесь с ней по бесплатному номеру телефона **1-866-897-0386** если вы получили травму на работе.

ОПЛАЧИВАЕМЫЕ ОТПУСКИЕ ЧАСЫ

Вы можете получать оплату за заработанные вами оплачиваемые отпускные часы (PTO) в любой форме, например, для получения отпуска, посещения врача, отпуска по болезни и т.п.

Вам полагается один час оплачиваемого отпуска (PTO) за каждые тридцать пять часов утвержденных услуг, которые вы предоставите. Вы можете накопить до восьмидесяти пяти отпускных часов максимум.

Использование оплачиваемых отпускных часов

Вы можете использовать оплачиваемые отпускные часы на отпуск или просто получить деньги за эти часы, не делая перерыва в работе. Если вы хотите использовать заработанные вами часы PTO на отпуск, вы должны:

- Проинформировать об этом своего работодателя и получить его разрешение не менее, чем за две недели до планируемого отпуска.
- Сообщите вашему социальному работнику или сотруднику, ведущему дело вашего работодателя, чтобы он или она могли обеспечить выполнение Плана ухода в ваше отсутствие.

Дополнительную информацию о порядке документации накопленных оплачиваемых отпускных часов см. на стр. 19. Обозначьте все часы PTO в качестве отпускных часов.

Вы можете накапливать по одному отпускному оплачиваемому часу за каждые 35 часов вашей работы.

Вы можете накопить максимум 85 отпускных оплачиваемых часов.



В каких случаях можно потерять оплачиваемые отпускные часы

Если вы накопите максимальное количество оплачиваемых отпускных часов (85), вам не будут больше начисляться оплачиваемые отпускные часы до тех пор, пока остаток снова не станет меньше 85. Все часы, которые могли бы накапливаться, будут потеряны.

Чтобы сократить остаток, укажите использованные отпускные часы – в виде отпуска, или в виде денег – в своем Счете за услуги. Изучите раздел «Предоставление оплачиваемых отпускных часов», приведенный на стр. 19 для информации по получению оплачиваемых отпускных часов.

Неиспользованный остаток оплачиваемых отпускных часов может также быть потерян, если проходит год или более с тех пор, как вы последний раз предоставляли услуги клиенту DSHS. Неиспользованный остаток оплачиваемых отпускных часов не теряется, если перерыв в предоставлении услуг продолжается менее одного года. Чтобы получить оплачиваемые отпускные часы, вы должны работать у клиента DSHS и предоставлять услуги в течение текущего месяца.

ИП, работающие у родственника, и не планирующие работать у кого-либо еще, должны учесть следующее. Если ваш родственник переедет в учреждение интернатного типа или скончается, обязательно предъявите к оплате все накопленные оплачиваемые отпускные часы в своем последнем Счете за услуги.

Если ваш работодатель попал в больницу, переехал в учреждение интернатного типа или скончался, подумайте о том, чтобы предъявить к оплате накопленные вами оплачиваемые отпускные часы в своем последнем Счете за услуги, если существует возможность того, что в течение следующего года вы не будете работать у другого клиента департамента DSHS.

ПОВЫШЕНИЕ ЗАРПЛАТЫ

Индивидуальные провайдеры (ИП) получают повышение зарплаты за каждые 2000 оплаченных часов, предоставления услуг клиенту DSHS. Зарплата повышается автоматически каждый раз, когда общее количество оплаченных часов достигает нового уровня. Подсчет 2000 часов начался 1 июля 2005 г.

Изучите таблицы зарплат, приведенные ниже, для дополнительной информации по актуальным зарплатам и росту платежей в будущем. Если вы нуждаетесь в дополнительной информации, обращайтесь в Справочный центр для членов профсоюза (Member Resource Center) по тел. 1-866-371-3200.

Нужна ли вашему работодателю помощь, чтобы найти вам замену на время вашего отпуска? Посоветуйте своему работодателю воспользоваться Регистратурой направлений (см. внутреннюю сторону задней обложки)

Более подробную информацию о том, как получить оплачиваемые отпускные часы, можно найти на стр. 19.



Накопленные часы работы	Таблица ставок N 1: 1 июля 2013 г. – 30 июня 2014 г.		
	Помощь по уходу на дому (Home Care Aide) (без сертификата)	Лицензия сертифицированного помощника по уходу на дому ИЛИ Сертифицированного помощника медсестры	Сертифицированная помощь по уходу на дому (дополнительная подготовка)
0-2000	10,53 долларов	10,78 долларов	11,03 долларов
2001-4000	10,68 долларов	10,93 долларов	11,18 долларов
4001-6000	10,85 долларов	11,10 долларов	11,35 долларов
6001-8000	10,98 долларов	11,23 долларов	11,48 долларов
8001-10000	11,14 долларов	11,39 долларов	11,64 долларов
10001-12000	11,30 долларов	11,55 долларов	11,80 долларов
12001-14000	11,46 долларов	11,71 долларов	11,96 долларов
14001 + часы	13,84 долларов	14,09 долларов	14,34 долларов

Накопленные часы работы	Таблица ставок N 2: 1 июля 2014 г. - 30 июня 2015 г.		
	Помощь по уходу на дому (сертификат)	Лицензия сертифицированного помощника по уходу на дому ИЛИ Сертифицированного помощника медсестры	Сертифицированная помощь по уходу на дому (дополнительная подготовка)
0-2000	11,06 долларов	11,31 долларов	11,56 долларов
2001-4000	11,21 долларов	11,46 долларов	11,71 долларов
4001-6000	11,39 долларов	11,64 долларов	11,89 долларов
6001-8000	11,53 долларов	11,78 долларов	12,03 долларов
8001-10000	11,70 долларов	11,95 долларов	12,20 долларов
10001-12000	11,86 долларов	12,12 долларов	12,36 долларов
12001-14000	12,03 долларов	12,28 долларов	12,53 долларов
14001 + часы	14,53 долларов	14,78 долларов	15,03 долларов

Примечание: ставки будут увеличены на 1 доллар (1.00) в час для индивидуальных поставщиков услуг, исполняющих обязанности воспитателей, учителей либо инструкторов, в соответствии с «Партнерской программой профобучения» (Training Partnership). Время работы в качестве воспитателя не будет учитываться при подсчете накопленных часов работы

ВЫЧЕТЫ ИЗ ВАШЕГО ЗАРПЛАТНОГО ЧЕКА

Все индивидуальные провайдеры (ИП) обязаны уплачивать членские взносы в профсоюз или иные сборы в фонд профсоюза (nonmember fair share fees). Эта сборы ежемесячно вычитаются из зарплатного чека. Также может вычитаться налог в фонд социального обеспечения и Medicare (FICA).

Вы можете попросить об удержании следующих добровольных вычетов:

- Страховые взносы участника страхового плана профсоюза SEIU 775 Health Benefits Trust или страхового плана Basic Health (если вы зачислены в один из них).
- Добровольные вычеты.
- Федеральные налоги с заработной платы.
- Дополнительные федеральные налоги с заработной платы.

ЕСЛИ ВЫ УЙДЕТЕ С РАБОТЫ

Вы обязаны предупредить о своем уходе в письменном виде как минимум за две недели до окончания работы у своего работодателя. Вы обязаны работать по установленному графику до окончания этого двухнедельного срока. Если вы оставите своего работодателя одного без необходимой помощи, это может быть расценено как оставление без присмотра, что является нарушением закона.

Вы обязаны предупредить о своем уходе следующих лиц:

- Своего работодателя и/или его законного представителя. **Это нужно сделать в письменном виде.**
- Социального работника или сотрудника, ведущего дело вашего работодателя.
- Любое другое лицо или организацию, которых желает или обязан уведомить ваш работодатель.

РЕКОМЕНДАЦИИ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ МЕСТА РАБОТЫ

Рекомендацию вам, как работнику, может дать ваш работодатель. Лучше всего попросить у работодателя рекомендации в письменном виде. Рекомендации могут понадобиться, если состояние здоровья вашего работодателя изменится, если он переедет в учреждение интернатного типа или скончается, и ваши услуги больше не будут нужны.

Позаботьтесь о получении письменной рекомендации, пока ваш работодатель еще имеет возможность их предоставить. Дайте своему работодателю понять, что не думаете уходить с работы, а просто заботитесь о будущем.

Если кому-то нужно подтвердить ваше место работы, то запрашивающего об этом следует направлять к вашему работодателю. Социальный работник, сотрудник, ведущий дело вашего работодателя, или любой представитель штата Вашингтон не могут этого сделать. Если вам нужно получить подтверждение дохода, см. стр. 23.

Вы обязаны предупредить о своем уходе в письменном виде как минимум за две недели до окончания работы.

Вы не можете оставить своего работодателя без возможности удовлетворения основных жизненных потребностей.



Обязательное сообщение о жестоком обращении

По закону вы обязаны немедленно сообщать в соответствующие ведомства, если у вас есть основания полагать, что взрослому с ограниченной дееспособностью или ребенку причиняется вред.

Звоните в Службу защиты совершеннолетних лиц (Adult Protective Services, APS), если у вас есть основания полагать, что взрослый с ограниченной дееспособностью, **проживающий у себя дома**, подвергается жестокому обращению.

Звоните в Службу по рассмотрению жалоб (Complaint Resolution Unit, CRU), если у вас есть основания полагать, что взрослый с ограниченной дееспособностью **проживающий в семейном доме для совершеннолетних, пансионе или доме престарелых** подвергается жестокому обращению.

Звоните по тел.: 1-866-EndHarm, если у вас есть основания полагать, что насилию подвергается **ребенок**.

Номера телефонов Службы защиты совершеннолетних лиц (Adult Protective Services, APS)

Регион 1

1-800-459-0421 (TTY) 509-568-3086

Округа Спокейн, Грант, Оканоган, Адамс, Челан, Дуглас, Линкольн, Ферри, Стивенс, Уитман, Пенд-Орейл, Якима, Киттитас, Бентон, Франклин, Уалла Уалла, Колумбия, Гарфилд, Асотин и Кликитат

Регион 2

1-866-221-4909 (TTY) 1-800-977-5456

Округа Снохомиш, Скагит, Айлэнд, Сан-Хуан, Уотком и Кинг

Регион 3

1-877-734-6277 (TTY) 1-800-672-7091

Округа Бремертон, Пирс, Торстон, Мейсон, Льюис, Клаллам, Джефферсон, Грейс Харбор, Пасифик, Уаккиакум, Каулиц, Скамания и Кларк

Телефон Службы по рассмотрению жалоб (Complaint Resolution Unit, CRU)

Для всего штата

1-800-562-6078 (TTY) 1-800-737-7931



«Самое прекрасное, что
есть в жизни — невозможно
увидеть или пощупать. Это
можно только почувствовать
сердцем».

- Элен Келлер (*Helen Keller*)



Регистратура направлений для оказания услуг на дому (Home Care Referral Registry) штата Вашингтон может помочь вам найти дополнительные часы работы в качестве индивидуального поставщика услуг по уходу на дому.

Регистратура направлений представляет собой сетевой инструмент поиска и подбора, который связывает друг с другом подходящих ИП с клиентами, которые получают долгосрочные услуги по уходу на дому.

Зарегистрироваться в Регистратуре направлений очень просто. Посетите одно из множества местных отделений Регистратуры направлений или позвоните туда. Найти местное отделение Регистратуры направлений можно позвонив по телефону 1-800-970-5456 или нажав по ссылке «Registry Offices» на веб-сайте www.hcrr.wa.gov, чтобы узнать о наличии отделений Регистратуры направлений в вашем регионе.

У вас есть друзья, которые хотели бы стать индивидуальными поставщиками услуг? Сотрудники справочного отдела Регистратуры направлений могут также помочь тем, кто соответствует необходимым требованиям для работы в качестве индивидуальных поставщиков услуг.

РЕСУРСЫ ДЛЯ КЛИЕНТОВ

Регистратура направлений – это прекрасный инструмент для клиентов, которые ищут индивидуальных поставщиков услуг до дому, имеющих необходимую квалификацию. Клиенты могут обратиться в местное отделение Регистратуры направлений и получить список квалифицированных поставщиков услуг, которые лучше всего соответствуют их needs. Затем они могут провести собеседование и выбрать индивидуального поставщика услуг по своему усмотрению.

Клиенты могут также просмотреть видеоматериалы на канале HCQA YouTube, в которых даются советы и рекомендации по найму индивидуальных поставщиков услуг. Ссылка на эти материалы имеется на веб-сайте www.hcrr.wa.gov.

РЕСУРСЫ ДЛЯ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ

Право не подвергаться дискриминации по причине расовой принадлежности, вероисповедания, цвета кожи, национальности, пола, статуса почетного ветерана в отставке либо отношения к военной службе, сексуальной ориентации, наличия функциональных ограничений сенсорной системы, психических отклонений или физической инвалидности, в связи с использованием обученной собаки-проводника либо иных услуг, связанных с оказанием помощи животными и используемых людьми с ограниченной дееспособностью признано и задекларировано как гражданское право человека.

Индивидуальные поставщики услуг могут также найти разнообразную информацию и ресурсы поддержки в Интернете, по ссылкам, имеющимся на веб-сайте Регистратуры направлений для оказания услуг на дому. Для получения обновленной информации о заболеваниях, советов об уходе, свежих новостей и дополнительных сведений об отдельных темах, связанных с уходом, нажмите по ссылке [Provider Resources](#).

Любая информация, содержащаяся в Справочнике, не представляет собой и не подразумевает трудового договора и не создает основы для продолжающегося трудоустройства в качестве ИП. В случае расхождений между информацией, содержащейся в данном Справочнике, и вашим договором, преимущественную силу имеет содержание вашего договора.

Департамент DSHS не допускает дискриминации на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, сексуальной ориентации, возраста, религии, вероисповедания, семейного положения, инвалидности, статуса ветерана войны во Вьетнаме, а также наличия физических, умственных и сенсорных недостатков.

Заказ публикаций

Вы можете заказать эту брошюру и другие публикации департамента DSHS через Центр комплексного выполнения заказов Департамента печати (Department of Printing's (DOP)), ранее именуемый General Store. Посетите веб-сайт департамента DOP по адресу:

myfulfillment.wa.gov

Публикации можно также заказать:

- По электронной почте, по адресу fulfillment@prt.wa.gov
- По телефону (360) 570-5555
- По факсу (360) 664-2048

Делая заказ по электронной почте, телефону или факсу, обязательно указывайте название публикации, номер публикации (DSHS 22-xxx), а также имя контактного лица и почтовый адрес с указанием улицы и номера дома.

Полезные ресурсы в Интернете

Если вы хотите больше узнать о работе по уходу и долгосрочном уходе, посетите сайт:

www.adsa.dshs.wa.gov

Ресурсы профсоюза SEIU 775 NW

Дополнительная информации о льготах, предоставляемых вашим профсоюзом и требованиях к подготовке:

- о льготах для членов профсоюза представлена на веб-сайте www.seiu775.org
- об обязательном обучении и медицинских льготах представлена на веб-сайте www.myseiubenefits.org
- Отправьте электронное сообщение в Справочный центр для членов профсоюза по адресу: mrc@seiu775.org
- С вопросами о профсоюзе, медицинском страховании и требованиях к обучению и аттестации можно также обращаться в Справочный центр для членов профсоюза по тел. 1-866-371-3200.

Чтобы побеседовать на другом языке, совершая звонок в Справочный центр для членов профсоюза введите один из следующих добавочных номеров.

Язык	Добавочный номер	Язык	Добавочный номер
Русский	411	Сомали	431
Украинский	412	Арабский	432
Испанский	413	Китайский	423
Корейский	421	Вьетнамский	422
Кантонский	424	Суахили	433
Тагальский	442	Камбоджийский	441